Kaspar Molzberger

AUTONOMIE UND KALKULATION

Zur Praxis gesellschaftlicher Ökonomisierung im Gesundheits- und Krankenhauswesen

[transcript] ARBEIT UND ORGANISATION

Kaspar Molzberger
Autonomie und Kalkulation

Arbeit und Organisation

Für Heidi

Kaspar Molzberger (Dipl.-Soz.), geb. 1983, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité Universitätsmedizin in Berlin. Er forscht zum Strukturwandel im Krankenhauswesen mit besonderem Interesse an Fragen des Managements, der Ökonomisierung, Organisationsentwicklung und professionellen Laufbahnentwicklung in Krankenhäusern sowie der Wissenschafts- und Technikforschung.

Kaspar Molzberger

Autonomie und Kalkulation

Zur Praxis gesellschaftlicher Ökonomisierung im Gesundheits- und Krankenhauswesen

[transcript]

Zugl. Dissertation, Universität Witten/Herdecke

Diese Veröffentlichung wurde durch den Publikationsfonds der Charité – Universitätsmedizin Berlin gefördert.

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.



Dieses Werk ist lizenziert unter der Creative Commons Attribution 4.0 Lizenz (BY). Diese Lizenz erlaubt unter Voraussetzung der Namensnennung des Urhebers die Bearbeitung, Vervielfältigung und Verbreitung des Materials in jedem Format oder Medium für beliebige Zwecke, auch kommerziell. (Lizenztext: https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de)
Die Bedingungen der Creative-Commons-Lizenz gelten nur für Originalmaterial. Die Wiederverwendung von Material aus anderen Quellen (gekennzeichnet mit Quellenangabe) wie z.B. Schaubilder, Abbildungen, Fotos und Textauszüge erfordert ggf. weitere Nutzungsgenehmigungen durch den jeweiligen Rechteinhaber.

Erschienen 2020 im transcript Verlag, Bielefeld
© Kaspar Molzberger

Umschlaggestaltung: Maria Arndt, Bielefeld
Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar
Print-ISBN 978-3-8376-5078-5
PDF-ISBN 978-3-8394-5078-9
https://doi.org/10.14361/9783839450789

Gedruckt auf alterungsbeständigem Papier mit chlorfrei gebleichtem Zellstoff.
Besuchen Sie uns im Internet: *https://www.transcript-verlag.de*
Unsere aktuelle Vorschau finden Sie unter *www.transcript-verlag.de/vorschau-download*

Inhalt

Danksagung

Mein herzlichster Dank gilt zunächst meinem Betreuer und ersten Gutachter Prof. Dr. Werner Vogd, der mir stets mit Diskussionfreude und fachlicher Expertise zur Seite stand und so zum Gelingen der Arbeit maßgeblich beigetragen hat, sowie Prof. Dr. Birger Priddat und Prof. Dr. Andrea Mennicken für ihre Unterstützung und weitere Gutachten.

Ganz besonders dankbar bin ich für die inspirierende Zeit, die ich als Mitarbeiter im Team des DFG-Projekts »Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement« zwischen 2013 und 2016 mit Martin Feißt, Ruth Kania, Anne Ostermann, Juliane Slotta und Julian Wolf unter der Leitung von Prof. Dr. Werner Vogd erleben durfte. Weiterhin möchte ich der Forschungswerkstatt Witten, allen voran Till Jansen, Jonathan Harth, Selma Ofner und ihren wechselnden Teilnehmer*innen, für die anregende Kritik und Diskussionsbereitschaft danken. Auch dem Dekan der Fakultät für Kulturreflexion, Prof. Dr. Dirk Baecker, gebührt mein Dank für schnelle Hilfe zur rechten Zeit.

Zur Entwicklung der vorliegenden Arbeit haben noch weitere Personen und Gruppen beigetragen: Das studentische Kolloquium »was ist Ökonomie?« an der Humboldt Universität zu Berlin sowie der Interpretationszirkel am Institut für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité boten zu jeweils unterschiedlichen Zeitpunkten sehr hilfsreiche Diskussionsforen. Felix Kersting und Julian Wolf steuerten wertvolle Ideen und kritisches Feedback insbesondere in der Endphase bei. Die Realisierung der Arbeit als Open-Access Publikation haben ferner die Leiterin des Centrums für Human- und Gesundheitswissenschaften und des Instituts für Medizinische Soziologie und Rehabilitationswissenschaft der Charité, Prof. Dr. Adelheid Kuhlmey, sowie die Mitarbeiterinnen der Medizinischen Bibliothek der Charité – allen voran Stefanie Grimm – unterstützt. Nicht zuletzt wurde ich von meinem derzeitigen Projektteam, Susanne Dettmer, Ramona Lange und Raphael Kohl, sowie im Privaten von Anna und Kai auf den letzten Metern begleitet und stets darin bestärkt, die Arbeit zu einem guten Abschluss zu bringen. Ihnen allen möchte ich – am Ende dieser Reise angekommen – meinen tief verbundenen Dank zum Ausdruck bringen.

Abkürzungsverzeichnis

ANT	Akteur-Netzwerk-Theorie
AR-DRG	Australian Refined Diagnose-Related Groups
BÄK	Bundesärztekammer
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BRD	Bundesrespublik Deutschland
CDU/CSU	Christlich Demokratische Union Deutschlands/ Christlich-Soziale Union in Bayern
DIN	Deutsches Institut für Normung
DRG	Diagnose-Related-Groups
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
EBM	Evidence-based medicine
FPD	Freie Demokratische Partei
FPG	Fallpauschalengesetz
G-DRG	German Diagnose-Related Groups
GG	Grundgesetz
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-GRG	GKV-Gesundheitsreformgesetz
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz

ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
ISO	International Organization for Standardization
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KVKG	Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz
KHNG	Krankenhaus-Neuordnungsgesetz
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenkassen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
P4P	Pay-for-Performance
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands
STS	Science and Technology Studies
VLK	Verband der Leitenden Krankenhausärzte
[BIN]	Existenzweise »Bindung«
[DK]	Existenzweise »Doppelklick«
[MOR]	Existenzweise »Moralität«
[ORG]	Existenzweise »Organisation«

Abbildungsverzeichnis

1. Einleitung

> »›economization‹. This term is used to denote the processes that constitute the behaviours, organizations, institutions and, more generally, the objects in a particular society which are tentatively and often controversially qualified, by scholars and/or lay people, as ›economic‹.« (Çalışkan/Callon 2009: 370)

Das Verhältnis von Wirtschaft und Gesellschaft ist in westlichen Gesellschaften heute umstrittener denn je. Die Rede von einer um sich greifenden *Ökonomisierung der Gesellschaft* sorgt seit den 1990er Jahren zunehmend für politisches Aufsehen und fachliche Kontroversen in den Sozialwissenschaften. Nicht selten wird in einschlägigen Diskursen ausgehend von »neoliberalen Reformen« und der dort propagierten Einführung von Wettbewerbs- und Tauschmechanismen des Marktes ein Abgesang auf die Prinzipien und Errungenschaften des westlichen Wohlfahrts- und Sozialstaates angestimmt (vgl. etwa Bode 2004; Harvey 2005; Lessenich 2008). Im Diskurs gelangen so einerseits die inneren Umwälzungen einer kapitalistischen Produktionsweise in den Blick, unter deren Eindruck Gesellschaften mit einer egalitären Umverteilungspolitik Anpassungsleistungen vollziehen.

Andererseits ist das Verhältnis von Wirtschaft und Gesellschaft unter dem Banner des »Ökonomismus« schon wesentlich länger Gegenstand kontroverser Diskussionen (siehe Kirchgäsner 1997 für einen Überblick). Ökonomismus verweist im dortigen Diskurs allen voran auf eine Kritik am wissenschaftstheoretischen Korsett einer als Orthodoxie verstandenen »neoklassischen« Wirtschaftswissenschaft, die sich nach dem Vorbild einer wertneutralen und objektiven Naturwissenschaft geriert und den Mainstream des Fachs repräsentiert (siehe bereits die Kritik am »Modellplatonismus« derselben bei Albert (1971 [1963]).[1] Sowohl die modelltheoretischen Grundannahmen und Instrumente der Disziplin als auch deren *Übertragung*

1 Die neoklassische Wirtschaftstheorie wird im Folgenden auch synonym als Neoklassik, Mainstream-Ökonomik oder wirtschaftswissenschaftlicher Mainstream bezeichnet.

auf gesellschaftliche Vorgänge und Bereiche, die bislang nicht-marktbasierten Koordinationsmechanismen unterlagen, stehen im Vordergrund der Auseinandersetzungen.[2]

Die Ausdauer der Kontroversen deutet aber schon an, dass sich der sozialwissenschaftliche Common Sense lediglich einig darin ist, ausgesprochen uneins zu sein, wenn es um die genauere Konturierung des Verhältnisses von Wirtschaft und Gesellschaft geht. Dies zeigt sich auch am Begriff der Ökonomisierung, der insbesondere die Frage aufwirft, wie die Zusammenhänge zwischen Politik, Wirtschaft und Wirtschaftswissenschaft theoretisch zu beschreiben sind. Die vorliegende Arbeit entwickelt hierauf eine wirtschaftssoziologische Perspektive, die davon ausgeht, dass Diskussionen um eine gesellschaftliche Ökonomisierung nicht bloss auf unterschiedliche politische Strategien oder wirtschaftliche Interessen zurückgehen, sondern tieferliegende erkenntnis- und sozialtheoretische Gründe mit sich führen. Die Kontroversen lassen sich zu großen Teilen – so die zentrale, zu entwickelnde These der Arbeit – mit der Akzentuierung dessen erklären, was als *Definitionsmasse des Ökonomischen* jeweils veranschlagt wird.

Aus wirtschaftssoziologischer Perspektive stellt sich bei der Betrachtung ökonomischer Sachverhalte folgende Gretchenfrage: Lässt sich das Ökonomische, wie von der neoklassischen Wirtschaftstheorie im Anschluss an ihr naturwissenschaftliches Selbstverständnis insinuiert, wertneutral und objektiv *von außen* erfassen? Ist es Ausdruck der Eigengesetzlichkeiten des Marktes und existiert somit losgelöst von einer gesellschaftlichen Sphäre? Oder fungieren die *Modellrechnungen* der Ökonomik eher als *normative Vorgaben*, die zur Entstehung des Ökonomischen – einer auf Preissignalen basierenden Marktwirtschaft und rational entscheidender, nutzenmaximierender Verhaltensweisen des *homo oeconomicus* – erst wesentlich beitragen? Die Ökonomik würde sich in dieser Lesart folglich über den Realitätsbezug ihrer eigenen Modellvariablen täuschen, wenn sie die Elemente des Ökonomischen als gegebene Variablen einer Nutzenfunktion einfach voraussetzte. Handelt es sich bei der neoklassischen Wirtschaftstheorie also um objektive Naturwissenschaft, die vermittels mathematischer Modelle wissenschaftlichen Zugang zu einem von menschlicher Anschauung und gesellschaftlichen Werten *unabhängigen* Objekt besitzt? Oder erscheint dies im Gegenteil eher als eine produktive Selbsttäuschung und letztlich normative Theoriebildung? Hinter diesen Fragen verbirgt sich eine grundlegende erkenntnistheoretische Unsicherheit über die Natur des Ökonomischen, der im Gang der Argumentation besondere Aufmerksamkeit zukommt (vgl.

2 Insbesondere zwei Modelle werden hier kritisiert: das »Marktmodell«, das den Markt als effizienten, auf ein Gleichgewicht hinstrebenden Koordinationsmechanismus unter Optimalitätsbedingungen beschreibt und das Verhaltensmodell und Menschenbild des stets rational kalkulierenden, präferenzstabilen und nutzenmaxmierenden homo oeconomicus. Siehe hierzu etwa Hodgson (2012).

Backhouse 2010; Beckert 2012; Bourdieu 2005; Çalışkan/Callon 2009, 2010; Latour 2014; Latour/Lepinay 2010; MacKenzie et al. 2007; Priddat 2013; Vogd 2016a).

Verfolgt man die These einer normativen Theoriebildung der Neoklassik weiter, erscheint es auch fraglich, den Untersuchungsgegenstand von Wirtschaftstheorien wie von Ökonomisierungsvorgängen in rein *ökonomischen* Faktoren (marktwirtschaftlichen Transaktionen auf Grundlage nutzenmaximierender Kalküle von Individuen und Preissignalen) aufgehen zu lassen. Vielmehr weisen diese Faktoren dann über den *Reduktionismus der Ökonomik* hinaus. Sie führen die ökonomische Forschung mitten hinein in gesellschaftliche Auseinandersetzungen über soziale Werte, Autonomien, Ziele, Regeln und Macht, von denen die *ökonomische Rationalität*, wie sie die neoklassische Wirtschaftstheorie entwirft, letztlich abhängt und zehrt. Aus dieser Sichtweise begeht die Mainstream-Ökonomik den Kardinalfehler, so zu tun, als ob von *wertgeleiteten* Bedingungen in der Gesellschaft einfach abstrahiert werden könne, dadurch aber erst recht versäumt wird, »Normen einen angemessenen Platz einzuräumen« (Beckert 2012: 247). In der vorliegenden Arbeit wird daraufhin argumentiert, dass a*utonome Wertbezüge* in der Gesellschaft Ausgangs- und ständige Referenzpunkte für die hiervon getrennten ökonomischen *Kalkulationen* sind und somit auch für Ökonomisierungsprozesse instruktiv erscheinen.

Um diesen Umstand zu adressieren, wird insbesondere auf den differenztheoretischen Vorschlag zum Begriff der Ökonomisierung von Bruno Latour (2014) zurückgegriffen. All das, was die neoklassischen Wirtschaftswissenschaften in Form von Modellvariablen und Nutzenfunktionen einfach als abstrakt gegebene *Rechengrößen* voraussetzen und von denen sie annehmen, sie gestatteten ihnen einen objektiven wissenschaftlichen Zugang zu wirtschaftlichen Tatsachen, fasst Latour als *Performanz*, als praktische Hervorbringung von *Recheninstrumenten*. Er rekonstruiert das *Ökonomische* daraufhin als kontinuierlichen *Prozess der Ökonomisierung*, der durch drei autonome »Existenzweisen« immer wieder von Neuem hervorgebracht wird.[3] Der analytische Blick richtet sich im erkenntnistheoretischen Sinne auf die

3 Die drei Existenzweisen bezeichnet Latour als »leidenschaftliche Interessen« der Bindung, abgekürzt mit [BIN], moralische Skrupel des Rechnens, [MOR], und organisationale Skripte, [ORG], als projektförmige Handlungsziele in Organisationen. Mit den drei Existenzweisen will Latour auf typische Abstraktionen der neoklassischen Wirtschaftswissenschaften hinweisen, die er als Ausdruck eines westlichen Rationalismus versteht und den er als Doppelklick [DK] bezeichnet. Im Sinne einer ökonomischen Anthropologie will er zurück zu der Frage, wie wissenschaftliche Beschreibungen des Ökonomischen wieder stärker an die Praxis des Ökonomoschen zurückgeführt werden können. [BIN] beschreibt dann die Übersetzung von qualitativen Wertigkeiten (Valenzen) in quantitative Werte (Äquivalenzen), womit Berechnungsinstrumente und Leidenschaften der Menschen, die Güter ihr Eigen nennen möchten, aneinandergebunden werden. Mit [MOR] stellt Latour das Ökonomische als wertbezogene, moralische Tätigkeit dar, wenn er die Frage, ob man die Verteilung von Mittel auf Zwecke richtig berechnet hat, als moralische Erfahrung ausmacht. Organisationale Skripte wiederum erzeugen keine – wie oft unterstellt – maschinenhafte Rationalität, sondern stets

»ökonomische Materie«, die er nicht als Ausdruck präferenzstabiler, »kühl« kalkulierender Agenturen einer ökonomischen Rationalität versteht, sondern in fragilen, umkämpften und widersprüchlichen sozio-technischen Artikulations- und Übersetzungsprozessen ausmacht.

Das Ökonomische ist in dieser Perspektive kein eigengesetzlicher Rechenkomplex aus individuellen Nutzenkalkülen und preisgesteuerten Marktmechanismen, sondern ein Prozess, der affektiv-emotionale Erfahrungen und körperbezogene Zustände, normative bzw. moralische Werthaltungen, Organisationen, institutionelle Arrangements und die Objekte der Ökonomisierung, Zahlen und Recheninstrumente, zusammenbindet. Bezug nehmend auf das Eingangszitat von Çalışkan/Callon (2009) wird damit auf ein Verständnis von Ökonomisierung abgestellt, das nicht nur gesellschaftstheoretische Überlegungen anstellt, sondern in *praxistheoretischer* Perspektive auf unterschiedliche Beobachtungs- bzw. Analyseebenen rekurriert und diese empirisch untersucht. Der Blick wird insbesondere auf Organisationen gerichtet, da hier – so eine weitere zentrale These – in der Hauptsache verhandelt wird, wie der Prozess der Ökonomisierung letztlich in die Tat umgesetzt wird (vgl. Bode 2010; Kette 2019; Vogd 2011a).

Um der skizzierten Programmatik nachzugehen, liegt es forschungspragmatisch nahe, sich auf einen Bereich der Gesellschaft zu beschränken, der seit längerer Zeit mit dem Begriff der Ökonomisierung in Verbindung gebracht wird. Der empirische Blick der vorliegenden Arbeit richtet sich folglich auf den Gesundheits- und Krankenhaussektor. Der Sektor galt lange Zeit als Einrichtung der sozialen Daseinsvorsorge, der von einer *wohlfahrtsstaatlichen* Ausrichtung und der Dominanz einer mit ausgeprägter *Handlungsautonomie* versehenen medizinischen Profession gekennzeichnet war (Freidson 1975a). Seit den 1990er Jahren sind aber auch hier von politischer Seite massive Sparmaßnahmen und Anforderungen an eine effizientere Leistungserbringung auferlegt worden. Mit dem Aufstieg gesundheitsökonomischer Rechendisziplinen[4] seit den 1980er Jahren hat daraufhin eine neue Rationalität Einzug in das Krankenhaus gehalten, deren Verhältnis zur medizinischen

nur temporäre Ordnungen, die sich gegenseitig immer wieder desorganisieren und so neue Projekte, Handlungsbeschreibungen und Entscheidungen in Organisationen nötig machen. Latours Entwurf und die vier Existenzweisen werden unter 3.4 ausführlich besprochen.

4 Hierunter fallen insbesondere die neoklassisch ausgerichtete Gesundheitsökonomie, die Public Health-Forschung und Epidemiologie sowie neuere Managementinstrumente der Krankenhausbetriebswirtschaft und das dazugehörige kaufmännische und medizinisches Controlling. Hierzu mehr unter 4.2.2 und 4.2.3.

Rationalität und dem professionellen Kodex der Ärzt*innen[5] prekär erscheint (vgl. Simon 2000a).

Da der medizinische Professionalismus aber weiterhin (allein schon rechtlich) als gesetzt gilt, ist das zeitgenössische Krankenhaus von einer *ausgeprägten Spannung zwischen den beiden Rationalitäten*, zwischen der professionellen Handlungsautonomie der Ärzt*innen einerseits und den neuen ökonomischen Kalkulationsinstrumenten andererseits, durchzogen, die nur auf einer *praktischen Ebene* bearbeitet werden kann (vgl. Bode/Vogd 2016).[6] Vermittels einer praxistheoretischen Perspektive sind dann auch besondere empirische Erkenntnisse und theoretische Rückschlüsse für gesellschaftliche Ökonomisierungsvorgänge in Krankenhäusern und in allgemeiner Hinsicht zu erwarten. Die vorliegende Arbeit erschließt Ökonomisierung daraufhin als organisationalen Prozess, in dem autonomiebasierte, professionelle Praktiken von Ärzt*innen und gesundheitsökonomische Zahlen, Recheninstrumente und –vorgänge unablässig aufeinander bezogen werden. Gesellschaftliche Ökonomisierung lässt sich so als das *Verhältnis von Autonomie und Kalkulation* begreifen, das jeweils mit Blick auf eine soziale Praxis in Organisationen zu fassen ist.

5 Im Folgenden wird zwecks geschlechtergerechter Sprache das Gender-Sternchen verwendet, wenn Substantive und Pronomen individueller und gruppenbezogener Akteur*innen bezeichnet werden. Teilweise wird auch auf neutrale Formulierungen zurückgegriffen. Organisationen wie Krankenhäuser oder -träger werden hingegen nicht gegendert.

6 Die vorliegende Arbeit konzentriert sich auf die professionelle Handlungsautonomie von Ärzt*innen und nicht auf das, was Pflegekräfte leisten, obwohl diese auch einen erheblichen Anteil an der professionellen Patientenversorgung in Krankenhäusern haben. Allerdings stellt die Untersuchung auf eine Analyse der Effekte der neuen Rechenpraktiken und -instrumente ab, die insbesondere medizinische Diagnosen und Therapien in Wert setzen und weniger auf die Vergütung pflegerischer Leistungen abzielen, diese nur extra (in Form von Pflegekomplexpauschalen, PKMS) vergüten, wenn sie einen besonderen Aufwand indizieren. Dies hängt mit der Vergütungssystematik der DRG zusammen, die unter 4.2.2. ausführlich erläutert wird. Insofern wird der blinde Fleck der Finanzierungs- und Steuerungsarchitektur des modernen Krankenhauswesens übernommen, der ja schon einiges darüber offenbart, welche Wertschätzung pflegerischen Tätigeiten in Krankenhäusern zugesprochen wird. Dieser impliziten Haltung soll aber ausdrücklich widersprochen und vielmehr auf die Arbeit von Mohan (2018) verwiesen werden, die sich pflegerischem Handeln unter den skizzierten Bedingungen ausgiebig widmet. Siehe ferner Vogd et al. (2018) und Wolf/Ostermann (2019) für eine Analyse der Rolle von Pflegedirektionen in Krankenhausleitungen.

1.1 Gesellschaft und Kalkulation – Ökonomisierung im Lichte von Zahlen und Rechenpraktiken

»It's much harder to say where the economics profession goes from here. But what's almost certain is that economists will have to learn to live with messiness.« (Krugman 2009: 36)

Der soeben in aller Kürze entfaltete Überblick über das gewählte Forschungsdesign bedarf weiterer einführender Darstellungen und Beispiele. Skizzieren lässt sich die vorliegende wirtschaftssoziologische Perspektive an der letzten Wirtschafts- und Finanzkrise von 2008/2009, auf die eine nicht minder verheerende europäische Staatsschuldenkrise folgte. Spätestens dort hat auch die breite Öffentlichkeit von den komplexen Zusammenhängen jenseits ›guten‹ Regierens und ›rationalen‹ Entscheidens Notiz genommen und ist mitunter auf die fragwürdige Rolle neoklassischer Wirtschaftstheorien aufmerksam geworden. Denn als Auslöser der globalen Verwerfungen kam nicht etwa ein *exogener* Schock – z.B. in Form einer Naturkatastrophe oder einer Rohstoffverteuerung infolge kriegerischer Auseinandersetzungen – in Betracht, auch wenn viele Analysen und Kommentare zunächst das Bild eines *von außen* in die Märkte hereingebrochenen Naturereignisses zeichneten. Vielmehr aber war der Crash, wie schon die Dotcom-Blase von 2000, das Produkt einer *endogenen* Instabilität der Finanzmärkte und nur das vorläufige Ende einer Kette von krisenhaften Ereignissen (vgl. Minsky 2011). Zunächst viel der Blick auf ansteigende Kreditausfallraten am US-amerikanischen Hypothekenmarkt, der intransparenten Kreditverbriefungen aufsaß, die weltweit dichte Risikonetze zwischen den Bankbilanzen gebildet hatten und in der Folge unter Druck gerieten. Ihr *Wert* schien gesichert, so lange Ratingagenturen hierfür Bestnoten (AAA) vergaben und politische Aufsichtsbehörden, Wirtschaftswissenschaften, Investmentbanken und andere Marktteilnehmende in einem Gemisch aus kalkulativen Prognosen und »animal spirits« (Keynes) den Ratings folgten.[7]

Die Krise legte in ihrer Eigendynamik ein eindrucksvolles Zeugnis davon ab, wie eng die Verflechtung der »Märkte« mit den *technologischen* Möglichkeiten und Grenzen des alten Informations- wie des heraufziehenden algorithmischen Digitalzeitalters (vgl. Esposito 2014) tatsächlich ist. Dies zeigte sich auch am Komplex aus wirtschaftswissenschaftlichen Theorien und marktgängigen Finanzprodukten, die hieraus hervorgingen (vgl. Faulhaber/Baumol 1988).[8] Die Komplexität der Hy-

7 Siehe Senge/Beyer (2018: 3-46) für eine soziologische Reflexion der Finanzkrise.

8 Dies zeigt sich exemplarisch an der Rolle von Robert C. Merton, der das mit einem Wirtschaftsnobelpreis gekrönte Black-Scholes-Modell zur Risikobewertung von Aktienoptionen

bridprodukte aus Finanzwissenschaft und -wirtschaft überstieg rückblickend nicht nur die Kunstfertigkeiten aller involvierten Staats- und Konzernführungen. Noch erheblicher war, dass sie eine *Krise der neoklassischen Wirtschaftswissenschaften* offenbarte, die, »as a group, mistook beauty, clad in impressive-looking mathematics, for truth« (Krugman 2009: 36). Eine in höchstem Maße einflussreiche akademische Zunft, die die Ästhetik mathematischer Gleichungen mit wissenschaftlichen Wahrheiten verwechselte und hierdurch zur Architektin einer globalen Finanzkrise wurde, obwohl sie doch glaubte, gerade durch die Brillanz ihrer Modellrechnungen den *Markt* als Ort dauerhafter Prosperität und gesellschaftlicher Problemlösungskompetenz *gefunden* zu haben?

So selbstkritisch wie Paul Krugman, selbst Ökonom und Nobelpreisträger für Wirtschaft, bewerteten es längst nicht alle in den Wirtschaftswissenschaften. Dies stellt allerdings auch keine Überraschung dar, denn die These von der *recheninduzierten Marktgläubigkeit*, die plötzlich im öffentlichen Raum stand, rüttelt massiv am akademischen Selbstverständnis der Disziplin. Hier stellte sich plötzlich im Angesicht der Krise mit all ihren lebensweltlichen Konsequenzen eine schwerwiegende Frage: Handelte es sich nun schlichtweg um ein »Marktversagen«, das die Wirtschaftswissenschaften *von außen* mitansehen mussten und bloß objektiv konstatieren konnten oder hatten sie durch ihre eigenen theoretischen Beschreibungen, modellhaften Rechenapparaturen und statistischen Evidenzen aktiv an der Konstruktion der krisenhaften Vorgänge mitgewirkt? Hatte die Mainstream-Ökonomik die Krise also nicht kommen sehen, weil nicht sein kann, was nicht sein darf? Weil sich »messiness« (ebd.) schlichtweg nicht modellieren lässt, dem Ökonomischen dennoch inhärent ist?

Wie die hier erneut zum Vorschein kommende Unsicherheit über die Frage, wie das Ökonomische theoretisch zu bestimmen ist, nun letztlich behoben werden kann, ist Aufgabe der vorliegenden Arbeit. Überraschenderweise finden derlei Verunsicherungen ihren Widerpart in der beinahe schon selbstverständlichen Deutungshoheit, die wirtschaftlichen Dynamiken für ein soziologisches Verständnis von Gesellschaft zugestanden wird. Angefangen bei kritischen Kapitalismus- bzw. Gesellschaftstheorien à la Marx, über die Frankfurter Schule bis hin zu neueren Ansätzen einer finanzkapitalistischen »Landnahme« (Dörre et al. 2009, Dörre 2012) erblickt Gesellschaftstheorie im Ökonomischen in erster Linie eine kapitalistiche Produktionsweise, die mehr ist als »nur« ein Wirtschaftssystem. Dem Kapitalismus wird dort der Status einer gesellschaftlichen *Totalität* zuerkannt, die das übergreifende Strukturelement moderner Gesellschaften darstellt. Und so findet letztlich

(Derivaten) mitentwickelte und zugleich Mitgründer eines zeitweilig sehr erfolgreichen Hedgefonds gewesen ist. Siehe Faulhaber/Baumol (1988) für eine Darstellung anderer »Innovationen« der Wirtschaftswissenschaften, die in Wirtschaft, Politik und Gesellschaft Anwendung gefunden haben.

die oben bereits skizzierte, als »Ökonomismus« der neoklassischen Wirtschaftswissenschaften kritisierte, Verabsolutierung ökonomischer Theorien und Methoden für gesellschaftliche Zusammenhänge seinen Widerhall – wenn auch in entgegengesetzter Richtung – in marxistisch inspirierten Gesellschaftsanalysen.

Es liegen jedoch gesellschaftstheoretische Alternativen zu dieser Perspektive vor. Unter einem *differenztheoretischen* Blickwinkel auf moderne Gesellschaften etwa – wie er seit den 1970er Jahren u.a. von Seiten der soziologischen Systemtheorie entwickelt wurde – verlieren Gesellschaften ihr kapitalistisches Movens und dekomponieren in funktional eigenständige Teilbereiche (wie Recht, Wirtschaft, Politik, Kunst, Erziehung, Wissenschaft etc.). Auf Grundlage eines spezifischen *Wertbezugs*[9] verfügen diese über operative *Autonomie* und stehen nur mittelbar in Verbindung zu anderen Bereichen.[10] Die (kapitalistische) Wirtschaft wird so zu einem eigenständigen Funktionssystem neben anderen herabgestuft und büßt grundsätzlich ihre alles überragende gesellschaftstheoretische Strahlkraft ein. Die theoretische Auseinandersetzung wird trotz ihrer langen Historie weiterhin mit einiger Unnachgiebigkeit geführt: Während die eine Seite materialistische Gesellschafts- und Staatskritik übt, kritisiert die neuere Gesellschaftstheorie lediglich das »überkommene Denken« der anderen und behauptet: »Ich sehe was, was Du nicht siehst« (Luhmann 1990; siehe auch schon die ältere Kontroverse zwischen Habermas und Luhmann 1971).

Die Debatten zur Ökonomisierung der Gesellschaft laufen dann darauf hinaus, entweder eine »funktionale Entdifferenzierung« (Vogl 2015; siehe auch Richter 2009) zwischen Politik, Recht, Wissenschaft und Wirtschaft unter (finanz-)kapitalistischen Vorzeichen am Werke zu sehen, oder in entgegengesetzter Richtung Ökonomisierung lediglich als »Optionssteigerung« (Nassehi 2012) der Wirtschaft zu verstehen, die auf dem kommunikativen Eindringen ökonomischer »Semantiken« in nicht-ökonomische Teilsysteme der Gesellschaft beruht, was die autonome Operationsweise der Teilsysteme aber nicht tangieren soll. Forschungen zu Ökonomisierung mit gesellschaftstheoretischer Agenda handeln sich letztlich den anspruchsvollen Auftrag ein, »das kapitalismustheoretische Defizit der Differenzierungstheorien und das differenzierungstheoretische Defizit der Kapitalismustheorien zu überwinden« (Mohan 2018: 13).

---

9 Für die Wissenschaft wäre dies etwa das Formulieren wahrer Aussagen, für das Recht das Sprechen von Recht, für die Wirtschaft das Auslösen von Zahlungen, für die Politik das Treffen von kollektiv bindenden Entscheidungen.

10 Die Vermittlung der autonom operierenden Bereiche ist häufig der theoretische Knackpunkt, an dem sich die gesellschaftstheoretischen Kontroversen entzünden. Luhmanns Begriff der Interpenetration bzw. strukturellen Kopplung ist nach wie vor umstritten, eine »Lösung« nicht in Sicht. Latours Ansatz der Existenzweisen, der auf netzwerkartige Verknüpfungen abstellt, verspricht hier eine genauere Analyse der realen Verhältnisse zwischen differenzierten Domänen bzw. Wissensgebieten. Eine ausführliche Diskussion findet sich unter 3.4.

Dem gesellschaftstheoretischen Auftrag, die umstrittene »Prominenz kapitalistischer Wirtschaft in den Griff zu bekommen« (Kühl 2004: 38), hat sich in jüngerer Zeit eine dritte Perspektive angenommen, der sich auch die vorliegende Arbeit verpflichtet fühlt. Was sich allgemein als wirtschaftssoziologische Zahlenforschung[11], genauer als Soziologie des Rechnens und Bewertens oder schlicht »Zahlensoziologie« (Mennicken/Vollmer 2007: 11) bezeichnen lässt, zäumt das Verhältnis von Wirtschaft und Gesellschaft zunächst von der Beobachtung einer gestiegenen Bedeutung von »Zahlen und Kalkulationen für die moderne Gesellschaft« (Vormbusch 2018: 278) her auf. Die gesellschaftliche Allgegenwart von Zahlen und Berechnungen in Form von Preisen, Bilanzen, Schulnoten, Wahlergebnissen, Einschaltquoten, PISA-Rankings, Geburts- und Sterblichkeitsraten, Sporttabellen, numerischen Produktbewertungen im Internet und dergleichen mehr wird zum Anlass genommen, nach der Bedeutung von »Zahlenwerken« (Mennicken/Vollmer 2007) für gesellschaftliche Ordnungsbildung zu fragen (siehe u.a. Geißler 2016; Heintz 2010, 2012; Hopwood/Miller 1994; Kornberger et al. 2019; Latour 2014; Mau 2017; Mennicken et al. 2016; Miller 2001; Power 1997; Rose 1991; Vollmer 2003, 2013; Vormbusch 2012).

Gemeinsamer Bezugspunkt soziologischer Zahlenforschung ist die Annahme, dass sich die Rolle von Zahlen im täglichen Gegen- und Miteinander moderner Gesellschaften nicht in der bloßen Abbildung von Tatsachen in Form numerischer Werte, der neutralen Repräsentation objektiver Wahrheiten und errechneter Fakten erschöpft. Vielmehr gehen – wie oben bereits am Beispiel der Finanzkrise ersichtlich wurde – von *kalkulativen Praktiken* und einem spezifischen *Zahlengebrauch* »konstruktive und wirklichkeitsgenerierende Effekte« (Mennicken/Vollmer 2007: 10) aus. Die generativen Eigenschaften von Zahlen versetzen Gesellschaften somit nicht zwangsläufig in eine deterministische Planungsstarre oder zwingen diese unter das Joch des Kapitalismus. Vielmehr eröffnen sie auch Chancen, einer unsicheren Zukunft Gestaltungsspielräume und Handlungsautonomie abzuringen (vgl. Miller 2001), auch wenn sie im Umgang stets überraschen, verunsichern und überfordern können. Verstanden als »Kulturtechnik des Schreibens von Wert« (Vormbusch 2012: 24) erzeugen Zahlen und Kalkulationen Wertobjekte und Wertbezüge zwischen diesen Objekten. Sie stellen hierdurch neue Kontexte für tradiertes Wissen, Gewohnheiten, Normen und Handlungsorientierungen her. Gesellschaften werden so mit Mitteln zur Selbstreflexion und Handlungsanreizen gleichermaßen versorgt (siehe auch Helgesson/Muniesa 2013). In Anlehnung an die

11 Auch im internationalen Diskurs hat sich bislang kein einheitlicher Begriff etabliert. Es zeigen sich große Überschneidungen zu den »accounting studies« (siehe Hopwood/Miller 1994) sowie insbesonderen zu neueren Diskurssträngen, die unter dem label »valuation studies« firmieren. Siehe zu letzteren die 2013 gegründete Fachzeitschrift »Valuation Studies« bzw. Helgesson/Muniesa (2013).

viel zitierten elf Marx'schen Thesen zu Feuerbach[12] lässt sich die *kalkulative Praxis* der Wirtschaftswissenschaften, wie sich an der Finanzkrise eindrücklich zeigte, entgegen der gängigen Selbstdarstellung als eine charakterisieren, die sich nicht damit begnügt, ökonomische Sachverhalte zu beschreiben und objektiv darzustellen, sondern der es darauf ankommt, Wirtschaft durch *Inwertsetzungen* aktiv hervorzubringen und zu gestalten. Wie genau dies geschieht und welche Einsichten sich hierüber für den Begriff der Ökonomisierung gewinnen lassen, ist Gegenstand der theoretischen und empirischen Untersuchung.

Für ein Verständnis von Ökonomisierung kündigt sich hiermit eine *praxistheoretische* Perspektive an, die den diplomatischen Versuch unternimmt, zwischen den antagonistischen Positionen zu vermitteln: Zwischen einer die Totalität der kapitalistischen Produktionsweise zum Ausgang nehmenden historisch-materialistischen Gesellschaftsanalyse auf der einen Seite.[13] Und einer differenztheoretischen Sichtweise, die Gesellschaft als »multiplen Horizont« (Nassehi 2012: 404) mit spezifisch autonomen Wertbezügen versteht, auf der anderen Seite. Mit Rekurs auf Latours zahlensoziologischen Vorschlag zum Begriff der Ökonomisierung werden sowohl die Marx'sche Materialität sozialer Praxis auf der einen als auch die differenztheoretischen Einsichten der Systemtheorie auf der anderen Seite mitvollzogen. Die vorliegende Arbeit unterbreitet den Vorschlag, *Ökonomisierung* aus dem *Verhältnis von Autonomie und Kalkulation* praxistheoretisch zu bestimmen. Damit wird das Krähennest der Systemtheorie sowie das marxistische Spiegelkabinett des objektiven bürgerlichen Verblendungszusammenhangs einstweilig verlassen, um sich mit Latour (2014), der versucht, das Soziale »flach zu halten« (ders. 2007), in die Niederungen und das Dickicht sozialer Praxis zu begeben. Damit verbindet sich die Hoffnung, wenigstens Ansätze (wenn schon keine abschließenden Antworten) zur Erläuterung des angerissenen Problemhorizonts zu erlangen, der im Rahmen einer Qualifikationsarbeit sicherlich nicht in Gänze erschlossen werden kann. Ganz im Stile eines praxissoziologischen Zugangs wird nach einer *empirischen* Antwort auf

---

12 In den 11 Thesen über Feuerbach (Marx 2004: 149ff., Hervorhebungen im Original, [1845]) heißt es in der ersten These: »Der Hauptmangel alles bisherigen Materialismus (den Feuerbachschen mit eingerechnet) ist, daß der Gegenstand, die Wirklichkeit, Sinnlichkeit, nur unter der Form des Objekts oder der Anschauung gefaßt wird; nicht aber als sinnlich menschliche Tätigkeit, Praxis, nicht subjektiv. Daher die tätige Seite abstrakt im Gegensatz zum Materialismus von dem Idealismus – der natürlich die wirkliche, sinnliche Tätigkeit als solche nicht kennt – entwickelt.« Die elfte und letzte These fasst daraufhin zusammen: »Die Philosophen haben die Welt nur verschieden interpretiert, es kömmt drauf an, sie zu verändern.«

13 Auch wenn, wie Mohan (2018: 79-113) im Anschluss an Lars Meyer und Hanno Pahl argumentiert und ausführlich dargelegt hat, im Marx'schen Denken differenztheoretische Einsichten eine Rolle gespielt haben, ändert dies wenig am Festhalten Marxens an »Hegels Unterscheidung von politischem Staat und bürgerlicher Gesellschaft [...] als Bestimmung der wesentlichen, objektiven Struktur der modernen Gesellschaft.« (ebd.: 81)

die Frage gesucht, was es mit dem Begriff der Ökonomisierung auf sich hat und welche theoretischen Rückschlüsse aus den am Text- und Beobachtungsmaterial zu studierenden Erfahrungen zu ziehen sind.

1.2 Die Ökonomisierung der organisierten Krankenbehandlung

> »Es scheint, dass man der Institution Krankenhaus unter den gegebenen Verhältnissen nicht mehr so recht trauen kann, was wiederum die Belastungen für alle Beteiligten noch zu erhöhen scheint.« (Bode/Vogd 2016: 2)

Das zeitgenössische Gesundheits- und Krankenhauswesen kann als Paradebeispiel eines unter Ökonomisierungsdruck geratenen Gesellschaftsbereichs gelten. Während sich in den USA bereits Mitte der 1970er Jahre mit aller Vehemenz ein Wandel ankündigte (siehe Freidson 1976; Samuel et al. 2005), befindet sich die Krankenversorgung in Deutschland mit einiger Verzögerung seit den frühen 1990er Jahren in einem »epochalen Strukturwandel« (Bode 2010a), der äußerst vielseitig und von großen Auseinandersetzungen geprägt ist. Bis in die 1970er Jahre hinein arbeitete die Nachkriegsgesellschaft der Bundesrepublik am Aufbau einer wohlfahrtsstaatlichen Versorgungsstruktur, die den flächendeckenden Zugang zu qualitativ hochwertigen Versorgungsleistungen als Teil einer staatlich garantierten sozialen Daseinsvorsorge ermöglichen sollte. Die alte bürokratische Krankenhauslandschaft war dann auch gekennzeichnet von immensen Investitionen in Gebäude, Medizintechnik, die Professionalisierung des Personals und den Aufbau einer forschungsintensiven Universitätsmedizin. Vor allem aber war sie von einer *professionellen Dominanz* (vgl. Freidson 1975a) der Ärzt*innenschaft geprägt, die ihre *medizinische Autonomie* interessenpolitisch organisieren und am einzelnen Patient*innenfall nach Maßgabe kollektiv selbstbestimmter Regeln und erzielter Wissensbestände praktizieren konnte (siehe Rohde 1974).

Seit den 1980er Jahren aber ist das zu großen Teilen realisierte wohlfahrtsstaatliche Vorhaben von einer »Doppelwirklichkeit« (Bode 2010a: 203) eingeholt worden: Neben der Orientierung an einer weiterhin zu steigernden *medizinischen Versorgungsqualität* hat sich die Erwartung etabliert, das medizinische Leistungen auch den Kriterien *wirtschaftlicher Effizienz* zu genügen haben. Der von Rufen nach »Kostendämpfung« begleitete ordnungspolitische Wandel setzte hierfür sukzessive auf die Einführung wettbewerblicher Elemente in Form von gestiegenen Wahlfreiheiten bei Patienten und Krankenkassen (vgl. Manzei/Schmiede 2014). Maßgeblich forciert wurde er auch durch Gesetzesinitiativen, die auf eine Umkehr

in der Krankenhausfinanzierung setzten (vgl. Gerlinger 2014; Klinke 2008; Simon 2000a, 2016). Mit Hilfe von globalen Budgetobergrenzen für Gesundheitsausgaben, prospektiven Vergütungsverträgen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern sowie Leistungspauschalierungen sollen »Effizienzreserven« (vgl. Augurskey et al. 2009) bei Krankenkassen und Krankenhäusern gehoben werden. Diese Entwicklung kulminierte 2003 in der Einführung eines flächendeckenden *Fallpauschalensystems*, welches das bisherige Vergütungsverfahren für stationäre Krankenhausleistungen auf Grundlage tagesgleicher Pflegesätze ablöste. Wurden Krankenhausleistungen bis dato *rückwirkend* von den Krankenkassen mit Blick auf die tatsächlich entstandenen Behandlungskosten der Krankenhäuser vergütet, verhandeln beide Seiten nunmehr *prospektiv*, welche Leistungen erbracht und abgerechnet werden können. Dies wird möglich mit Hilfe eines komplexen statistischen Klassifikations- und Vergütungssystems für medizinische Leistungen auf Grundlage der sog. DRG (»diagnose-related groups« oder zu Deutsch »diagnosebezogene Fallgruppen«). Mit den DRG werden Durchschnittskosten für alle ärztlichen Tätigkeiten (Diagnose und Therapie) berechenbar, die zur Grundlage der Vergütung erklärt werden. Die neue Systematik abstrahiert fortan von den tatsächlich anfallenden Behandlungskosten und vergütet, was medizinische Leistungen *durchschnittlich* an Ressourcen verbrauchen und damit kosten. Die DRG fungieren somit als Einheitspreise für Leistungen von Krankenhäusern, deren Kosten pauschal erstattet werden, insofern sie ihre medizinischen Aktivitäten im Rahmen der Fallgruppensystematik klassifizieren und sachgerecht kodieren.

Hierdurch soll die *Leistungstransparenz* erhöht, numerische Vergleiche von Leistungen und Ressourcenverbräuchen zwischen Krankenhäusern sowie zwischen medizinischen Fachbereichen erleichtert und letztlich ein weiterer Anreiz zur Effizienzsteigerung gesetzt werden. Aus der neuen Ordnungspolitik ergeben sich somit auch höhere Ansprüche an die individuelle *Rechenschaftslegung* der Krankenhäuser. Einerseits wird deren medizinischer *Output* mit Hilfe von Kosten-Nutzen-Analysen und Evaluationen, durchgeführt von einer seit den 1980er Jahren sich entwickelnden *Gesundheitsökonomie* und Gesundheitssystemforschung (Public Health Forschung, Epidemiologie, Evidence-Based Medicine), in bislang nicht gekannten Ausmaßen vermessen und bewertet. Andererseits sind Krankenhäuser angehalten, verstärkt in betriebswirtschaftliches Personal und den Aufbau von Strukturen der Kostenkontrolle zu investieren und Managementinstrumente zu entwickeln, die es ihnen erlauben sollen, »medizinische Leistungssteuerung« (Simon 1997) zu betreiben.

Doch ob die Kontroll- und Bewertungspraktiken in Form des kaufmännischen und medizinischen Controllings sowie des Qualitätsmanagements eine bessere Verteilung der verfügbaren Mittel auf unterschiedliche, widerstreitende Ziele innerhalb des Krankenhauses *zugunsten* der Versorgung der Patient*innen ermögli-

chen, scheint strittig (vgl. Bode/Vogd 2016; Maio 2014).[14] Hier stellt sich spätestens die Frage, wie die *Quadratur des Kreises* einer gleichzeitigen Qualitäts- und Effizienzsteigerung gelingen kann, wenn medizinische Behandlungsqualität etwas anderes bedeuten soll als ein effizienter betriebswirtschaftlicher Mitteleinsatz. Dies wird insbesondere deshalb zur gesundheitspolitischen Gretchenfrage, da der institutionelle Finanzrahmen für Krankenhausleistungen als »Nullsummenspiel« angelegt ist, wonach die

> »einzelnen Fallpauschalen […] qua Orientierung an einem statistischen Mittelwert so adjustiert [sind, K. M.], dass *kein* Win-win-Spiel entstehen kann, denn die Konzeption der Mittelwerte impliziert, dass die meisten Fälle *darüber-* oder *darunter* liegen. Die Anlage des Kalküls produziert zwangsläufig ökonomische Verlierer, die mittelfristig gezwungen sind, das Feld zu verlassen, und Gewinner, die Renditen einstreichen können, die sich dann gegebenenfalls profitversprechend reinvestieren lassen, ohne dass die Entscheidung, welche Einrichtung den Markt verlassen muss, an Qualitätskriterien rückgebunden wird – es trifft eben den, den es trifft.« (Bode/Vogd 2016: 4f., Hervorhebungen im Original)

Der hieraus resultierende ökonomische Druck[15] setzt das moderne Krankenhaus zugleich »moralischem Stress« (ebd.: 2) aus. Aus Sicht der medizinisch-pflegerischen Orientierung am kranken Menschen erscheint nämlich zunächst grundsätzlich unklar, wie *medizinische Ziele* durch medizinfremde Krankenhausakteur*innen des kaufmännischen und medizinischen Controllings und Qualitätsmanagements und in Folge gesundheitsökonomischer Evaluationen und Expertisen kontrolliert

---

14 Das sich mit dem Thema Ökonomisierung neben den DRG auch andere quantifizierende bzw. kalkulative Messinstrumente – insbesondere aus dem Bereich des Qualitätsmanagements – verbinden, wird im Laufe der empirischen Analysen mehrmals deutlich und mit Blick auf die typologischen Rekonstruktionen (sinngenetische Typologie und Arrangements im Management) auch mitvollzogen. Auch wenn sich hieraus u. U. abweichende theoretische Betrachtungen für die Analyse von Quantifizierungsregimen ergeben können (siehe z.B. Kornberger et al. 2019 in Richtung »denkender« kalkulativer Infrastrukturen sowie Reilley/Scheytt 2019 für eine diesbezügliche Perspektive auf Gesundheitsversorgung; oder Mennicken/Espeland 2019, die auf die vielfältigen, mehrdeutigen Formen von Quantifizierung abstellen), firmieren alle Kennziffern – so die hier vertretene wirtschafts- und organisationssoziologische Ansicht – doch letztlich unter dem gemeinsamen Horizont einer durch das Krankenhausmanagment vorangetriebenen wettbewerbs-, effizienz- und erlösorientierten Leistungsproduktion.

15 Bei der Entstehung des ökonomischen Drucks spielen noch andere Aspekte der DRG sowie die mangelhafte Bereitstellung von Investitionsmitteln durch die hierfür zuständigen Bundesländer eine Rolle. Ausführliches hierzu im Kapitel über den neuen ordnungspolitischen Rahmen der Gesundheitspolitik unter 4.2.

und erreicht werden können.[16] Hinzu kommen auch medizininterne Entwicklungen der letzten Jahrzehnte: In Form der evidenzbasierten Medizin hat eine auf statistischen sowie experimentellen Kontrollstudien basierende Umorientierung eingesetzt, die medizinische Behandlungsentscheidungen an empirischen Evidenzen ausrichtet und hierdurch zu standardisieren sucht (vgl. Vogd 2002; grundlegend: Cochrane 1972). Um einen ersten Eindruck zu erzeugen, wie die gegenwärtigen Zustände im Krankenhaus unter der hier zu entfaltenden Perspektive mitunter erlebt werden, soll an dieser Stelle nicht etwa das ärztlich-pflegerische Personal zu Wort kommen, sondern der Unternehmenscontroller eines großen Krankenhauses, dessen ironische Ausführungen implizit schon einiges über die Situation des professionellen Personals und die Gesamtsituation im Krankenhaus verraten:

> »Ein Mensch im Ballon hat die Orientierung verloren und fragt einen am Erdboden stehenden Beobachter, über den er hinweg gleitet, wo er sei. Dieser antwortet: ›Sie befinden sich im Korb eines Heißluftballons in neun Metern Höhe und bewegen sich mit zwei Metern pro Sekunde in west-südwestlicher Richtung‹. Der Ballonfahrer äußert die Vermutung, die Person am Boden sei ein Controller, da die Information zwar äußerst präzise, für ihn aber vollkommen nutzlos sei, die Person den Zweck seiner Frage missverstanden habe und ihm nicht weiterhelfe. Der am Boden ruft ärgerlich zurück, der Ballonfahrer sei wohl ein Manager, denn er wisse weder, woher er gekommen ist, noch wo er sei und zudem wäre er nicht in der Lage, *sinnvolle Fragen* zu stellen, die ihn dorthin bringen würden, wo er hinmöchte. Zu guter Letzt würde er *andere* für seine Unfähigkeit verantwortlich machen. In vielen Unternehmen, und gerade auch in Krankenhäusern ist die in dem Witz dargestellte Situation die normale Realität im Controlling. Ist das Controlling in seiner klassischen Form oder auch das neu aufgekommene Medizinische Controlling überhaupt ein geeignetes Werkzeug, um im Spannungsverhältnis von ökonomischen Zwängen und attraktiven Arbeitsbedingungen den richtigen Weg zu finden?« (Grube 2013: 55, Hervorhebungen K. M.)

1.3 Gang der Argumentation

Die vorliegende Arbeit gliedert sich wie folgt:

Im ersten Teil (Kapitel 2 und 3) wird ein metatheoretischer Rahmen entwickelt, der die zentrale Absicht erfüllt, gesellschaftliche Ökonomisierung aus einer praxis-

16 Seit einigen Jahren werden sog. Pay-for-Performance-Modelle erarbeitet, die medizinische Behandlungsqualität quantitativ bemessen und die dann festgestellten Qualitätsunterschiede auch an finanzielle Leistungen koppeln sollen. Für einen kritischen Überblick hierzu siehe Weigel (2018) sowie die Ausführungen unter 4.2.2 und die empirischen Analysen unter 6.

und organisationstheoretischen Perspektive mit besonderer Aufmerksamkeit für das Verhältnis von Autonomie und Kalkulation zu erschließen.

Hierzu wird zunächst in Kapitel 2 eine begriffs- wie ideengeschichtliche Einordnung des Diskurses um den Begriff der Ökonomisierung geleistet, die sich vor allem für die liberalistische Seite der Debatte interessiert. Um den performativen Charakter der Wirtschaftswissenschaften nachzuvollziehen, kommt die Darstellung zunächst auf die Ausdifferenzierung der Wirtschaft als Analysefeld einer eigenständigen, am Ideal der Naturwissenschaften orientierten Wirtschaftswissenschaft (klassische Nationalökonomie). Anschließend wird die Ideengenese des Marktes als Ort einer unter Knappheitsbedingungen sich selbst regulierenden Ordnungsfigur diskutiert. Beide Aspekte – eine quantitative, an physikalischen Gesetzen orientierte Wirtschaftswissenschaft und die Idee eines eigengesetzlichen Marktes – scheinen sich immer weiter von einer wertbasierten, sittlichen Ordnung der Gesellschaft zu entfernen, deren Teil wirtschaftliche Zusammenhänge bislang im Rahmen *moralphilosophischer* Anschauungen (exemplarisch bei Adam Smith) stets gewesen sind.

Daraufhin wird die gesellschaftstheoretische Ökonomisierungsthese von Karl Polanyi (1978 [1944]) vorgestellt, der behauptet, mit dem Aufkommen der Industrialisierung habe die neu geschaffene Institution des Marktes sich aus dem Bett der Gesellschaft emanzipiert und diese postwendend zu ihrem »Anhängsel« gemacht. Entgegen der Idee einer »Entbettung« und Konvergenz von Wirtschaft und Gesellschaft in einer »Marktgesellschaft« wird das Verhältnis von Wirtschaft und Gesellschaft daraufhin aus dem Foucault'schen Blickwinkel als funktionales Verhältnis von Macht und Wissen innerhalb einer historisch-spezifischen Gouvernementalität diskutiert. Es wird hier argumentiert, dass weder Polanyis Konvergenzthese differenztheoretisch überzeugt, noch Foucaults Machtanalytik für ein gesättigtes Verständnis von Ökonomisierung ausreicht, da das Verhältnis zwar vor allem mit Blick auf Rechenapparaturen (statistische »Sicherheitspositive«) angelegt ist, die im Rahmen der Arbeit besonders interessieren, gleichzeitig aber dem Eigensinn von Organisationen und der Existenz autonomer Wertbezüge in Gesellschaften nicht genügend Rechnung getragen wird. Ein stärkeres Interesse für Organisationen (und Ordnungsbildung durch Selbstorganisationsprozesse) hat die in syntaktischer Nähe zu Foucault sich gerierende Governance-Forschung entwickelt, allerdings werden Organisationen hier auf eine institutionalistische Perspektive (Regelungsstrukturen) verkürzt.

Da dem Phänomen der Ökonomisierung aus Sicht der vorliegenden Arbeit so nicht beizukommen ist, werden zunächst Prämissen formuliert, die in Zusammenhang mit dem soeben dargestellten Ökonomisierungsdiskurs und dem hier zu entwickelnden Entwurf stehen, Ökonomisierung als Verhältnis von Autonomie und Kalkulation praxis- und organisationstheoretisch aufzuschließen. Es werden insgesamt vier Prämissen diskutiert: Im Rahmen der ersten Prämisse »Autono-

mie« wird der Begriff aus gesellschafts-, institutionen- und professionstheoretischer Perspektive in Augenschein genommen und gezeigt, wie er im Rahmen von Arbeiten zu Ökonomisierung bislang Verwendung gefunden hat. Letztlich wird für eine professionssensible Auslegung des Begriffs plädiert, da hierdurch auch praxistheoretische Annahmen mitgeführt werden können. Die zweite Prämisse »Rationalisierung« stellt auf die von Max Weber prominent gemachte Diagnose der Moderne als Kultur der Rationalisierung ab, die auch häufig in Zusammenhang mit Ökonomisierungsdiskursen – nicht zuletzt von Seite der Ökonomisierungsbefürworter*innen – aufgegriffen wird. Weber fasst den Begriff komplex und verortet ihn auf drei Ebenen (Institution, praktische Lebensführung und Weltbilder). Er kann als wichtiger Impulsgeber für eine Betrachtung von Gesellschaft gelten, die auf die Bedeutung von Kalkulationen und Zahlen abstellt, gleichwohl sein Forschungsprogramm selbst rationalistisch aufgestellt ist und sich in entscheidenden Hinsichten (vor allem die Institutionen- bzw. Bürokratietheorie, die unter 3.3.2 diskutiert wird) mit idealtypischen Formalbetrachtungen zufriedengibt.

Um den von Weber beschriebenen Rationalisierungsprozess der Moderne stärker in Richtung der kalkulativen Praktiken zu rücken, wird unter der dritten Prämisse »Quantifizierung und Vergleich« geklärt, was eigentlich vor sich geht, wenn Dinge quantifiziert werden und diese eine »numerische Differenz« (Heintz 2010) erzeugen. Über die zählbaren Unterschiede wird zu den numerischen Vergleichen übergeleitet, die als soziale Einrichtungen das Kunststück vollbringen, Gleiches und Differentes in einem Ordnungsrahmen (z.B. als eine Bewertungsskala ärztlicher Leistungen) unterzubringen. Damit wird offensichtlich, dass es bei Ökonomisierungsvorgängen sowohl zu Wertbemessungen (X erhält einen numerischen Wert) als auch zu Wertschätzungen und -differenzierungen im Sinne sozialer Kategorisierungen (X hat im Vergleich zu Y einen größeren oder kleineren Wert mit Blick auf Kategorie Z) kommt. Zu guter Letzt wird mit der vierten Prämisse »Kalkulation« auf eine verwandte, aber doch von der Quantifizierung und numerischen Vergleichung zu unterscheidende Rechenoperation abgestellt, die für Ökonomisierungsvorgänge entscheidend ist: die Ausrichtung an einer erwerbsmäßigen Zukunft. Die Thesen von Weber und Werner Sombart zur Logik der doppelten Buchführung, zur Funktion des Geldes und die erwerbslogische Differenzierung von Haushalt und Betrieb werden diskutiert, um dann auf Lesarten (u.a.: Bröckling 2007; Miller 2001; Vormbusch 2004) abzustellen, die sich stärker für die soziale Praxis und lebensweltliche Ambivalenz der Kalkulationen fernab rationalistischer Zuschreibungen interessieren.

Im dritten Kapitel erweitert sich das bis dato entworfene Theoriegerüst in Richtung einer praxis- und organisationstheoretischen Perspektive auf Ökonomisierung. Das Feld der Praxistheorien wird vor allem von Seiten Pierre Bourdieus aufgerollt, dessen Habituskonzept für die vorliegende Arbeit insofern instruktiv ist, als dass es dabei hilft, die Prämisse einer sozialen (bzw. professionellen) »Autono-

mie« als implizites Erfahrungswissen praxistheoretisch zu konkretisieren. Bourdieus Theorie sozialer Felder und Soziologie als Ökonomie der Praxis wird diskutiert, jedoch nicht weiterverfolgt, da in Bourdieus Theorieanlage kein Interesse für die Eigenlogik von Organisationen auszumachen ist. Anschließend werden verschiedene Organisationstheorien auf der Suche nach Beschreibungen diskutiert, die für die Analyse von Ökonomisierungsvorgängen und kalkulativen Praktiken relevant erscheinen und zugleich ein Gespür für die spezifischen Probleme vermitteln, die Organisationen bearbeiten. Die Auseinandersetzung beginnt mit dem Taylorismus, dessen Programm es war und ist, das in Industrieorganisationen vorzufindende Erfahrungswissen von Arbeiter*innen zugunsten einer wissenschaftlichen Betriebsführung (»scientific management«) zurückzudrängen. Bürokratische Theorien der Organisation stellen hingegen auf Koordination durch Formalstrukturen und hierarchische Regelbefolgung ab. Sie vernachlässigen – für den Gang der Argumentation entscheidend – hierdurch die Existenz von Sozialisationsformen egalitärer Kollegialität (etwa innerhalb professioneller Berufsgruppen von Ärzt*innen, Pflegekräften, Sozialarbeiter*innen etc.) und mikropolitische Spiele, die in der Summe eine Charakterisierung bürokratischer Organisation als einem »stahlharten Gehäuse der Hörigkeit« (Weber) in Zweifel ziehen.

Die dritte Betrachtung von Organisationen stellt stärker auf die komplexen und unsicheren Verhältnisse ab, mit denen Organisationen im rekursiven »Prozess des Organisierens« (Weick 1995) konfrontiert werden. Eine unzureichende Klarheit von Zielen, Ressourcenabhängigkeiten, unzuverlässige Technologien, eine turbulente und äußerst vieldeutige Umwelt, unsichere Entscheidungen als Ausdruck einer unbekannten Zukunft, illoyale Mitglieder, unzuverlässige Stakeholder, usf., stellen ausreichende Gründe dar, nach der eigenlogischen Praxis des Organisierens, dem spezifischen modus operandi von Organisationen zu fragen. Es wird u.a. mit Rekurs auf systemtheoretische Organisationstheorien (Luhmann 1972, 2003, 2006; Baecker 1999; 2014; 2017) die Bedeutung von operativen Fiktionen des Organisierens beleuchtet, mit deren Hilfe sich Organisationen von Entscheidung zu Entscheidung, von Bilanz zu Bilanz, von Projekt zu Projekt hangeln, ihre Mitglieder rekrutieren und zu künstlichen Verhaltensweisen motivieren können. Im praktischen »Als-Ob« (Ortmann 2004) erscheint ein Blick auf Organisationen, der kompatibel ist mit praxistheoretische Annahmen und den in dieser Arbeit entwickelten Blick auf Recheninstrumente und »Zahlenwerke« (Mennicken/Vollmer 2007: 10) der Ökonomisierung. Ihnen kommt genau jene Funktion zu: »Wirklichkeitsgrundlagen« (Vollmer 2004: 457) zu schaffen, die morgen wieder anders aussehen können. »Organisiertes Rechnen« (ebd.) firmiert dann als Praxis, vermittels derer sich Organisationsmitglieder an der Differenz unterschiedlicher Zukunftsszenarien ausrichten und hierüber Leistungsansprüche konstruieren, die als »Aspirationalisierung« (ebd.) durch Zahlen wirksam werden.

Diese Synthese mündet im nächsten Schritt in die Darstellung der Arbeit Latours (2014) zu den drei modernen Existenzweisen der Ökonomisierung. Nach einer Darstellung der differenztheoretischen Wende, die Latour mit dem Existenzweisen-Projekt vollzieht, wird sein Lieblingsthema vorgestellt: die blinden Flecke des westlichen Rationalismus zu erkunden, dessen Methode Latour für eine schlecht funktionierende »Institution« hält und als Existenzweise des »Doppelklick« [DK] bezeichnet. Mit Hilfe der drei ökonomischen Existenzweisen wird ein anthropologisches Verständnis von Ökonomisierung präsentiert, das vor allem die spezifisch wirtschaftlichen Erfahrungen des Besitzens, Berechnens und Organisierens fokussiert. Die drei Existenzweisen formen eine Prozesskette, die je für sich und doch nur gemeinsam, ein Inventar für Ökonomisierungsvorgänge darstellt, das hinreichend kompatibel zu den vorangegangenen praxis- und organisationstheoretischen Weichstellungen (vier Prämissen, Habituskonzept, organisationale Fiktionen und Aspirationalisierung durch Zahlen) erscheint.

Im zweiten Teil der Arbeit (Kapitel 4 bis 7) steht die empirische Untersuchung von Ökonomisierungsprozessen in deutschen Krankenhäusern im Vordergrund. Hierzu erfolgt im vierten Kapitel eine erste vom metatheoretischen Rahmen inspirierte Lesart des Strukturwandels im Krankenhaus- und Gesundheitswesen. Die Darstellung konzentriert sich anhand der drei Dimensionen »Finanzierung«, »Leistung« und »Organisation« sowohl auf das alte wohlfahrtsstaatliche Setting als auch auf die neue an Wettbewerb und Effizienz orientierte Ordnungspolitik. Insbesondere an den Recheninstrumenten und Kalkulationspraktiken des sich entwickelnden Settings, anhand der »medizinischen Leistungssteuerung« (Simon 1997) durch Fallpauschalen (DRG), Pay-for-Performance-Modelle als quantitative Rechen- und Bewertungsinstrumente zur Vergütung medizinischer Behandlungsqualität, Kosten-Nutzen-Analysen der Gesundheitsökonomie und einer auf Wettbewerb ausgerichteten Gesundheitspolitik, zeigt sich ein erstes wirklichkeitsgenerierendes Muster der Ordnungspolitik, das sich mit Latours Ökonomisierungsbegriff erhellen lässt. Gleichwohl ist damit noch nicht praxistheoretisch erschlossen, wie Ökonomisierungsprozesse erfahren und vollzogen werden und wie der medizinische Professionalismus, der das wohlfahrtsstaatliche Setting geprägt hatte, und die habituellen Träger desselben, die Ärzt*innen, auf den Einzug der gesundheitlichen Rechendisziplinen antworten.

Das fünfte Kapitel dient der Vorbereitung der empirischen Analyse insoweit, als dass hier das methodische Rüstzeug – die dokumentarische Methode (Bohnsack 2007, 2013a) – eingeführt und auf das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Arbeit hin gelesen wird. Neben einer Darstellung zentraler Begrifflichkeiten (formulierende und reflektierende Interpretation, Fallvergleich und funktionale Typenbildung) und Weiterentwicklungen einer von der dokumentarischen Methode vertretenen praxeologischen Wissenssoziologie, werden Studien vorgestellt, die mit Hilfe der dokumentarischen Methode Organisationen und Zahlen bzw. Kalkulationen em-

pirisch untersucht haben. Zuletzt folgt eine Darstellung der Erhebungsverfahren (Experteninterview, vgl. Meusser/Nagel 2002 und teilnehmende Beobachtung, vgl. Vogd 2006), die zur Anwendung kamen, sowie die Beschreibung des Samples, das der empirischen Untersuchung zugrunde liegt.

Im sechsten Kapitel, der empirischen Analyse, werden insgesamt vier Begriffspaare (Transparenz und Mangel; Vergleich und Konkurrenz; Verantwortung und Aktivierung; Objektivität und Krankenhausökonomie) eingeführt, die sich im Rahmen der formulierenden und reflektierenden Interpretationen herauskristallisierten und jeweils ein Unterkapitel bilden auf dem Weg zu einem gesättigten Verständnis von Ökonomisierungsprozessen in Krankenhäusern. Sie bilden die zentralen funktionalen Bezugsprobleme (vgl. Bohnsack 2007; Vogd 2018a) im empirischen Material und stellen auf das grundsätzliche praxeologische »Orientierungsdilemma« (Przyborski 2004) im modernen Krankenhaus zwischen Autonomie und Kalkulation ab.

Im darauffolgenden siebten Kapitel werden die Analysen im Sinne einer sinngenetischen Typenbildung (Bohnsack 2013a, 2014, 2017) zusammengeführt. Dies geschieht durch eine Darstellung von vier ärztlichen Handlungsorientierungen (»Erfüllungsgehilfe«, »Als-Ob Kooperation«, »Unternehmerischer Leistungsträger« und »Gemeinsame Mikropolitik«), die ausgehend von einer funktionalen Basistypik – die Spannung zwischen medizinischer Professionalität und ökonomischer Kalkulation aufrechtzuerhalten – rekonstruiert werden konnten. Darüber hinaus werden drei Management-Arrangements zwischen kaufmännischen Geschäftsführungen, Ärztlichen Direktionen und Chefärzten dargestellt: »Controllingbasierte Führung und Leistungsexpansion«, »Lose Kopplung« und »Gemeinsame ›Portfolioarbeit‹ vs. ›Top-Down‹ Steuerung«. Diese nehmen auf die vier sinngenetischen Typen Bezug, gehen jedoch darüber hinaus und stellen auf die Frage ab, in welchen Konstellationen die Akteur*innen stehen und was jeweils für oder gegen ein gelingendes Arrangement im Management spricht. Anschließend wird unter 7.3 die Konklusion der Arbeit präsentiert, die sich aus den metatheoretischen und empirischen Analysen herausarbeiten lässt und eine (typologische) Antwort auf die Frage nach dem Verhältnis von Autonomie und Kalkulation im zeitgenössischen Krankenhaus zu geben sucht. Unter 7.4 und 8. folgen dann noch ein krankenhausbezogener und wirtschaftssoziologischer Ausblick.

2. Ökonomisierung zwischen Zeitdiagnose und Gesellschaftstheorie

Eine nähere Betrachtung des Begriffs der Ökonomisierung offenbart, wie äußerst vieldeutig die Konzepte sind, die Autor*innen zu ihrer Konturierung heranziehen. Im Verlauf der letzten drei Jahrzehnte hat sich Ökonomisierung zu einem *umbrella term* für ganz unterschiedliche Beobachtungen entwickelt, die im Allgemeinen eine *Ausbreitung marktwirtschaftlich-kapitalistischer Elemente* einer Markt-, Leistungs-, Wettbewerbs-, Wachstums-, Exzellenz-, Innovations-, Effizienz-, Preis- oder Gewinnorientierung in staatlichen Verwaltungen und gesellschaftlichen Verhältnissen postulieren. Ökonomisierung wird dabei teils synonym mit Begriffen wie »Kommerzialisierung«, »Vermarktlichung«, »Rationalisierung«, »Privatisierung«, »(Neo)Liberalisierung«, »Managerialisierung«, »Kommodifizierung«, »Deregulierung«, »Monetarisierung«, »New Public Management« oder auch »Quantifizierung« verwendet. Häufig werden derlei Begriffe normativ gewendet und zu einer kritischen Zeitdiagnose amalgamiert, wenn sie nicht dezidiert mit einem gesellschaftstheoretischen Anspruch auftreten.[1] Der Diskurs ist in der Regel so verteilt, dass die Ausbreitung marktwirtschaftlich-kapitalistischer Elemente von der einen (kritischen) Seite als gesellschaftliches *Problem* ausgemacht wird, während die andere (affirmative) Seite hierin Gestaltungspotenziale erblickt, die geradewegs eine *Lösung* gesellschaftlicher Verteilungs- bzw. politischer Steuerungskonflikte verheißen.

Jenseits dieser recht offensichtlichen Dichotomie treffen Leser*innen jedoch auf ein Konvolut diagnostischer Thesen, die sich auf vielfältige Untersuchungsbereiche richten und dabei völlig unterschiedliche, teils widerstreitende theoretische wie methodische Setzungen vornehmen. Gepaart mit den häufig emotional geführten Debatten in der (Fach-)Öffentlichkeit, erscheint Ökonomisierung zunehmend als wissenschaftlich fragwürdiger, politischer »Kampfbegriff« (Vogd 2016a:

1 Zum Verhältnis von Gesellschaftstheorie und Zeitdiagnose am Beispiel der Quantifizierung, die unter 2.2.3 ausführlich diskutiert wird, siehe Werron (2018). Eine ausufernde Besprechung aller anderen Begriffe wird hier nicht geleitstet. Es werden allerdings einige Begriffe im Verlauf der Arbeit, die für den Fortgang der Argumentation wichtig sind, aufgegriffen. Eine ausführliche Besprechung bieten etwa Aykel (2013), Geißler (2016) und Peetz (2014).

299; siehe auch Baur 2008). Der Begriff offenbart so besehen eher Erklärungsprobleme der scientific community, als dass er ein zufriedenstellendes Analyseinstrument, geschweige denn eine wissenschaftliche Erklärung für gesellschaftliche Probleme liefern würde (vgl. Kette 2019). Dabei ist der im Diskurs entworfene Problemhorizont von großer, teils existenzieller Tragweite, wenn der Term etwa für das Streichen sozialstaatlicher Transferleistungen im Zuge der Ausbreitung »neoliberaler Glaubenssätze« (Butterwege et al. 2008), für die Gefährdung der Patient*innensicherheit in Krankenhäusern (vgl. Maio 2014) oder zur Bestreitung einer Existenz von Gesellschaft an sich (Thatcher 1987: »there's no such thing as society«) herhalten muss.

Um einen ersten Überblick zu schaffen, wird der Diskurs über Ökonomisierung an dieser Stelle etwas grobschnittig in einen *interioren* Strang und einen *exterioren* Strang geteilt. Mit dem *interioren* Strang sollen all jene Beiträge gemeint sein, die eine Ökonomisierung *innerhalb* des Wirtschaftssystems betreffen. Gemeint ist eine Binnenperspektive, die »Wirtschaft« als Untersuchungsgegenstand konzipiert, in dem sich selbst unablässig Prozesse der Ökonomisierung ereignen. Diesen Strang haben Schimank/Volkmann (2017: 10) als »Ökonomisierung des Ökonomischen« bezeichnet. So kann die unternehmerische Priorisierung des Shareholder-Value in einem von kurzfristigen Renditeerwartungen getriebenen Finanzmarkt-Kapitalismus (z.B. Windolf 2005) zulasten von Belegschaftsinteressen als eine Art von Ökonomisierung im Sinne einer forcierten Gewinnorientierung verstanden werden; oder die Produktionsstrategie der »geplanten Obsoleszenz« mit seinen kürzeren Produktionszyklen und den implizierten Nachteilen für Ökologie und Geldbeutel der Konsumenten als Ökonomisierung einer Fabrikationslogik gelten, die vormals stärker von ingenieurwissenschaftlichen Qualitätsmaßstäben dominiert war (z.B. Prakash et al. 2016).

Gleichzeitig wird unter dem Banner einer innerwirtschaftlichen Ökonomisierung ein weiterer Aspekt offenbar, der den Kitt zwischen Theorie und Praxis betrifft und auf die historische Entwicklung eines akademischen Fachwissens der Wirtschaftswissenschaften *sui generis* abstellt. Die Herausbildung einer als *Ökonomik* bezeichneten, eigenständigen Wissenschaft fördert ein institutionalisiertes Wissen über wirtschaftliche Zusammenhänge zutage, die unmittelbarer Ausdruck der spezifischen Recheninstrumente der Ökonomik sind, von denen »konstruktive und wirklichkeitsgenerierende Effekte« (Mennicken/Vollmer 2007: 10) ausgehen und welche damit einen bestimmenden Einfluss darauf ausüben, wie Wirtschaft theoretisch verstanden, von anderen Bereichen abgegrenzt und zugleich praktisch vollzogen wird (vgl. Çalışkan/Callon 2009; MacKenzie et al. 2007). Besonderes Augenmerk fällt im Diskurs auf das wissenschaftstheoretische Fundament der oben bereits eingeführten »neoklassischen« Schulen, die sich ausgehend von der klassischen Nationalökonomie (Smith, Ricardo, Malthus, Mill, Say) im späten 19. Jahrhundert entwickelten und noch immer den Mainstream des Fachs repräsentieren

(vgl. Heine/Herr 2013: 11-315; klassisch: Schumpeter 1954 [1912]). Kritiker monieren insbesondere die Formulierung ökonomischer Gesetze bei gleichzeitiger Ausblendung der Methoden empirischer Sozialforschung (»Modell-Platonismus«, Albert 1971 [1963]), die Engführung der wirtschaftlichen Forschungsperspektive auf einen methodologischen Individualismus und das Menschenbild des Eigeninteressen verfolgenden, nutzenmaximierenden *homo oeconomicus* (z.B. Aretz 1997; Hogdson 2012), die forschungsstrategische Ausrichtung als positivistische Wissenschaft (»positive economics«, Friedman 1966 [1953]; selbstkritisch hierzu Rubinstein 2006; Reiss 2012) und die daraus resultierende abgeschlossene Insellage (»insularity«, Fourcade et al. 2015) der Ökonomik innerhalb der Sozialwissenschaften.

Als problematisch hervorgehoben wird, dass all jene Aspekte als nicht-ökonomisch tituliert und von der ökonomischen Analyse ausgesondert werden (Ökonom*innen sprechen von »externalisieren« bzw. »externen« Effekten), die sich einer mathematischen Quantifizierung und damit exakten Berechenbarkeit entziehen. Der Begriff der Ökonomisierung verweist hier auf die Herausbildung einer hegemonialen Forschungsorthodoxie innerhalb der Wirtschaftswissenschaften in Form einer *wertneutralen Rechendisziplin*, die konkurrierende (»heterodoxe«) Ansätze vermittels einer radikalen Vereinfachung durch *Mathematisierung* und *Rationalisierung zu* übertrumpfen glaubt. Einen Schritt weiter (in Richtung *exterior*) ging Gary S. Becker (1982) mit seinem nobelpreisgekrönten Werk »Eine ökonomische Erklärung menschlichen Verhaltens«. Neben der Haltung, Wirtschaftswissenschaft als Formalwissenschaft zu betreiben, konzipierte Becker auf Grundlage einer an Lionell Robbins geschulten Definition von Ökonomie[2] die Ökonomik als allgemeine Verhaltenswissenschaft vom Menschen, der als präferenzstabiler, nutzenmaximierender Akteur unter Knappheitsbedingungen zwischen konkurrierenden Zielen wählen muss. Aus einer »Verallgemeinerung der Nutzenfunktion« (Tietzel 1983: 230; für eine Kritik am Nutzenkonzept siehe Hodgson 2012) leitet sich sein Anspruch ab, *jedes* menschliche Verhalten *ökonomisch* erklären zu können. Becker weitete die ökonomische Haushaltstheorie beträchtlich aus, indem er Haushalte als »kleine Fabriken« (Becker 1982: 101) mit einer spezifischen Produktionsumwelt definierte. Die Umwelt sollte u.a. über folgende als Waren betrachtete Konsumgüter erschlossen werden (siehe hierzu auch Tietzel 1983): »Reinigung, Ernährung, Fortpflanzung« (ebd.), »Neid, Prestige, physische und psychische Gesundheit, Umsichtigkeit« (ebd.: 166), »die Qualität der Mahlzeiten, Erholung, Kameradschaft, Liebe« (ebd.: 228) oder »die Anzahl und Qualität von Kindern« (ebd.: 215).

Aus sozialwissenschaftlicher Richtung ist der Ansatz seither ausufernder Kritik ausgesetzt, bis hin zur pejorativen Titulierung, es handele sich dabei um eine Art

2 Robbins (1932: 15) »Economics is the science which studies human behaviour as a relationship between ends and scarce means which have alternative uses«.

»ökonomischen Imperialismus« (Aretz 1997). Diese und andere in der Neoklassik explizierte Axiome (z.B. Grenznutzentheorie, Nutzenmaximierung, Präferenzstabilität und Entscheidungsrationalität des homo oeconomicus, Allokationseffizienz und Gleichgewichtsmodell von Märkten) werden in der Forschung einerseits vor dem Hintergrund realwirtschaftlicher Abläufe und empirischer Widersprüche auf ihren wissenschaftlichen Gehalt geprüft bzw. ihre Realitätstauglichkeit in Zweifel gezogen.

Andererseits wird das, was unter dem liberalen Ökonomen und Monetaristen Milton Friedman (1966 [1953]) gar in den Rang einer physikalischen Wissenschaft erhoben wurde (siehe hierzu einflussreich Mirowski 1989, sowie ausführlicher weiter unten 2.1.2), als Ausfluss einer durch die mathematischen Konstrukte der Mainstream-Ökonomik selbst erzeugten *Performativität* (siehe z.B. Callon 1998; MacKenzie et al. 2007) und *Narration* (vgl. McCloskey 1985; ein »ausrichtendes Narrativ« Priddat 2013: 421) gelesen. Ökonomisierung wird hier nicht als realitätsfernes, idealistisches Rechenspiel diskreditiert, sondern geradewegs als selbsterfüllende Prophezeiung der Wirtschaftswissenschaften verstanden, da ihre vereinfachenden Modellannahmen überhaupt erst die hierfür erforderlichen Verhaltensweisen und Infrastrukturen (u.a. Markt-, Wettbewerbs- und Verhaltensregeln) beschreiben. Letztlich brächten sie durch ihre Modellrechnungen jene »calculative agents« erst hervor, von denen sie im Anschluss an Adam Smith ausgehen, sie seien bloßer Ausdruck der »Neigungen des Menschen im Naturzustand« (Polanyi 1976: 74, vgl. hierzu schon kritisch Sombart 1902/1927: 379). Dieser Forschungsstrang stellt gewissermaßen das *Bindeglied* zwischen einer *interioren* und einer *exterioren* Perspektive auf Phänomene der Ökonomisierung dar. Ihm wird sich nachfolgend ausführlicher gewidmet (siehe 2.1.1, 2.1.2, sowie insbesondere das Kapitel 3.4 zu Latour).

Der *exteriore* Strang hingegen verlässt die Binnensicht gänzlich und fokussiert seinen Blick auf die gesellschaftliche Bedeutung von Ökonomisierung. Es wird danach gefragt, welche Erscheinungsformen Ökonomisierung in nichtwirtschaftlichen Bereichen kennzeichnen und welche Schlüsse aus gesellschaftstheoretischer Sicht daraufhin gezogen werden müssen. In den letzten Jahren sind im deutschsprachigen Raum vermehrt Vorschläge zur Systematisierung gemacht worden, die eine stärkere theoretische Durchdringung des Begriffs anstreben (vgl. Akyel 2014; Geißler 2016; Mohan 2018; Nassehi 2012; Niephaus 2018; Peetz 2014; Schimank/Volkmann 2008, 2017). Angesichts dieser Anstrengungen lässt sich ein gemeinsamer Kern der unterschiedlichen Beschreibungen erkennen, insbesondere dann, wenn nach der *Negation* Ausschau gehalten wird, von der aus die Analysen entwickelt werden. Allen Auseinandersetzungen liegt nämlich mehr oder weniger die Vorstellung zugrunde, mit Prozessen der Ökonomisierung ginge eine Art »Grenzverletzung« (Peetz 2014: 21) einher. Die Grenzüberschreitung wird als ein »Eindringen ökonomischer Logiken in nicht-ökonomische Bereiche

der Gesellschaft« (Nassehi 2012: 401) diskutiert, versehen mit der Annahme, dass »Strukturen, Prozesse, Orientierungen und Effekte, die man gemeinhin mit einer modernen kapitalistischen Wirtschaft verbindet, gesellschaftlich wirkmächtiger werden« (Schimank/Volkmann 2008: 382). Es ist später herauszuarbeiten, worauf die Annahme einer Überschreitung fixierter gesellschaftlicher Grenzen theoretisch beruht und was daraus für den Begriff der Ökonomisierung und den Gang der Argumentation zu schlussfolgern ist.

Zum *Krisenphänomen* erklärt wird Ökonomisierung dann, wenn »feindliche Übernahmen« (Schimank 2006: 77) gesellschaftlicher Bereiche vor allem als Folge eines wirtschaftlichen »Krisen-Export« beobachtet werden, der auf eine »relationale gesamtgesellschaftliche Dominanz der kapitalistischen Wirtschaft« (Schimank/Volkmann 2017: 30) verweist. Derartigen Prozessen wird mitunter ein *expansiver* Drang zur Vereinnahmung zugewiesen, womit etwa Anschlüsse an das neomarxistische Konzept einer »neuen Landnahme« (Dörre 2009) oder auch – wie Nassehi (2012: 418) herausgestellt hat – an die wesentlich ältere, bekannte Diktion der »Kolonialisierung der Lebenswelt« von Jürgen Habermas (1982) sichtbar werden. Analog zur Infiltration aller Lebensbereiche durch das Ökonomische heute, kritisierte Habermas seinerzeit das Eindringen systemischer Imperative vermittels generalisierter »Steuerungsmedien wie Geld und Macht« (ebd.: 417) in eine auf unmittelbarer Verständigung basierenden Lebenswelt (»von *außen* in die Lebenswelt – wie Kolonialherren in eine Stammesgesellschaft«, Habermas 1988: 522), die hierdurch zur »Assimilation« (ebd.) gezwungen sei. Hinzu kommt für Habermas die »elitäre Abspaltung der Expertenkulturen von den Zusammenhängen kommunikativen Alltagshandelns« (ebd.: 488), was zusammengenommen durchaus an die in »exterioren« Diskursen häufig ins Feld geführte Annahme rührt, Ökonomisierung sei das Programm eines unaufhaltsamen *imperialen* Projekts »neoliberaler Eliten« (vgl. etwa Müller/Giegold/Arhelger 2004; Harvey 2005). Was es damit auf sich hat, wird im nächsten Schritt geklärt.

Zuvor muss noch eine zweite Gemeinsamkeit des *exterioren* Diskurses hervorgehoben werden, die im Wort Ökonomie*sierung* schon angelegt ist: Grenzüberschreitungen werden als ein sich stetig fortentwickelndes, dynamisches Phänomen gefasst, das sukzessive *alle Lebensbereiche* erfasst (analog zum soeben erläuternden Ansatz von Gary S. Becker). Hier liegt dann auch laut Nassehi (2012: 401f.) das neue der Ökonomisierungsdebatte begründet. Es gehe nicht mehr um die Habermas'sche Kolonialisierungsthese bzw. die Differenz von »System vs. Lebenswelt oder wirtschaftliche vs. gesellschaftliche Orientierung«, sondern vielmehr darum, dass »ökonomische Erfordernisse selbst zu lebensweltlichen Formen gerinnen« und in Praktiken münden, in denen Menschen sich als »unternehmerisches Selbst« (Bröckling 2007) hervorbrächten, in denen »Außenkontrolle und Außenaktivierung in Selbstkontrolle und Selbstaktivierung« übersetzt werde. Dies lässt sich nicht zuletzt auch an den unterschiedlichen Untersuchungsgegenständen

ablesen, wenn etwa die Ökonomisierung von Politikfeldern (Schaal et al. 2014), der Pietät (Akyel 2014), der Psyche (Bruder-Bezzel et al. 2016), des Privaten (Bergmann 2011), öffentlicher Verwaltungsstrukturen als »New Public Management« (Bogumil 2004), der ambulanten Pflege (Slotala 2011), der Krankenversorgung (Baer 2011; Bode 2010a, 2010b; Bode/Vogd 2016; Mohan 2018) oder des Sozialen überhaupt (Evers/Heinze 2008) untersucht wird.

Nach dem groben Überblick wird es in den folgenden Unterkapiteln darum gehen, die hier nur kurz angerissenen Diskursstränge ein wenig stärker zu durchdringen. Hierzu wird in einem ersten Schritt der Genese des Begriffs der Ökonomisierung nachgegangen. Er wird historisch im Rahmen eines Modernisierungsdiskurses verortet, der zusammenfällt mit der Industriellen Revolution und der *Entdeckung* des (National-)Ökonomischen als Reservoir einer eigenständigen, an der Physik und den übrigen Naturwissenschaften orientierten Wirtschaftswissenschaft. Anschließend wird dargelegt, worauf diese Entdeckung beruht, was sie für das Verhältnis von Wirtschaft und Gesellschaft mit sich führt und ferner markiert, was Ökonomisierung daraufhin mit der politischen Philosophie des Liberalismus, der Ethik des Utilitarismus sowie den daran anknüpfenden Strömungen des Neoliberalismus zu tun hat.

2.1 Die Verkürzung von Gesellschaft auf Wirtschaft: Zum Verhältnis von (Neo-)Liberalismus, Ökonomik und Gesellschaft

> »Der Wirtschaftsliberalismus mißverstand die Geschichte der Industriellen Revolution, weil er darauf beharrte, soziale Erscheinungen vom wirtschaftlichen Standpunkt aus zu beurteilen.« (Polanyi 1978: 60 [1944])

Der Begriff der Ökonomisierung ist keineswegs neu. Bereits bei zwei herausragenden Chronisten der frühen Industrialisierung findet er sich, wie Arne Manzeschke (2011) herausgestellt hat. Sowohl John Stuart Mill, ein wesentlicher Vertreter der neu begründeten »klassischen« Nationalökonomie, des Liberalismus und Utilitarismus, als auch Karl Marx, der eine materialistische Geschichtsauffassung vertrat und sich als Kommunist kritisch an der klassischen Nationalökonomie abarbeitete, verwenden den Begriff. Bei beiden taucht er – freilich mit unterschiedlichen Konnotationen versehen – im Zusammenhang mit der Steigerung wirtschaftlicher Produktivkräfte, der Dynamisierung kapitalistischer Reproduktionsprozesse auf. Mill verwendet den Begriff in wohlmeinender Absicht als Kosteneffizienz, wenn er eine verbesserte industrielle Produktion auf die Tendenz verlegt, sparsam mit Roh-

stoffen zu haushalten; deren Nutzung zu verringern statt sie auszuweiten;[3] Werkzeuge und Maschinen zu verwenden, die manuelle Arbeit sparsamer machen;[4] und zu einer verbesserten Nutzung der zur Verfügung stehenden Zeit führen.[5] Marx hingegen geißelt die »Ökonomisierung der gesellschaftlichen Produktionsmittel« (Marx 1962: 486, [1867]) in drastischen Worten als »rücksichtsloseste Verschwendung der Arbeitskraft und Raub an den normalen Voraussetzungen der Arbeitsfunktion« (ebd.). In der Marx'schen Theorie wird der Gebrauchswert eines Arbeitsprodukts (wie die »Arbeitsfunktion« selbst), der sich von den *inhaltlich-stofflichen* Qualitäten herleitet, unter den Bedingungen der kapitalistischen Produktionsweise auf seine soziale Qualität – die Waren*form* –, das Produkt auf ihren Tauschwert reduziert, wie auch der Produzent, der von seinem Produkt getrennt und als Arbeitskraft verdinglicht wird. Die unmenschlichen Arbeitsbedingungen der frühen Industrialisierung Englands vor Augen, stellt Marx den Begriff der Ökonomisierung in Zusammenhang mit der Vertreibung des Menschen aus seiner angestammten häuslichen Produktionsgemeinschaft in die von Maschinen befehligten Fabriken (in denen sie »treibhausmäßig gereift« sei, ebd.: 449) und die ringsherum entstehenden Arbeiter*innenslums.

Wie kann es sein, dass zwei Zeitgenossen eine derart auseinanderlaufende Bewertung dessen vornehmen, was sie als Ökonomisierung benennen und damit den jüngsten Diskurs zur Ökonomisierung gewissermaßen schon vorwegnahmen? Die Antwort ist im oben bereits angedeuteten Dissens darüber zu finden, wie das Verhältnis von Wirtschaft und Gesellschaft theoretisch zu beschreiben ist. Im Weiteren wird sich weniger auf das marxistische Denken verlegt, auch weil es vermittels seiner wichtigen Impulse für moderne Praxistheorien ohnehin Teil der vorliegenden Arbeit ist. Für ein Nachdenken über Ökonomisierung im Krankenhauswesen scheint es aber vielmehr angebracht, auf die philosophischen Wurzeln des Liberalismus und des Utilitarismus zu sprechen kommen, da jene als zentral für die Entwicklung der klassischen Nationalökonomie, der neoklassischen sowie neoliberalen Schulen gelten können. Sie sind für den Gang der Argumentation insofern bedeutend, als dass sie im kritischen Diskurs über eine gesellschaftliche Ökonomisierung stets als negativer Gegenhorizont präsent sind und zugleich die Berech-

3 »The tendency of improvements in production is always to economize, never to increase, the expenditure of seed or material for a given produce; and the interest of the labourers has no detriment to apprehend from this source.« (Mill 2006: 140, [1848])

4 »One principal department of these improvements consists in the invention and use of tools and machinery. The manner in which these serve to increase production and to economize labour, needs not be specially detailed in a work like the present« (ebd. 144).

5 »In manufactures and commerce, some of the most important improvements consist in economizing time; in making the return follow more speedily upon the labour and outlay.« (ebd.: 145)

nungsinstrumente geliefert haben, mit und in denen sich Ökonomisierung vollzieht.

2.1.1 Naturalismus und Markt: Gesellschaftliche Problemlösung durch einen »natürlichen« Mangel?

»Der Lauf der Natur kann leicht gestört werden, aber ihre Gesetze wird kein Mensch umkehren.« (Townsend 2011: 30, [1786])

Wird aus *liberaler* Perspektive von Ökonomisierung gesprochen, kommt (wie bei Mill) zunächst der Aspekt der *individuellen* Freiheit ins Spiel. Das nach ›Verbesserung‹ strebende Element wirtschaftlicher Betätigung (in der Produktion neuer sowie der längeren Konsumtion bestehender Güter) vereint schöpferische und utilitaristische Prinzipien. Der klassische politische Liberalismus des 17. Jahrhunderts hatte seine Wurzeln in der Aufklärung, mit der er einen *positiven* Freiheitsbegriff als Willensfreiheit des Einzelnen *für* etwas verbindet. Erkenntnistheoretisch fußt er auf dem Skeptizismus des schottisch-englischen Empirismus, wonach wahre Erkenntnis nur durch Sinneseindrücke vermittelt und begründet werden kann. Hierin spiegelt sich der Vormarsch der Naturwissenschaften und ihrer Methoden, die fortan konkret auf menschliche Verhältnisse bezogen werden. Dafür definiert der Liberalismus – etwa bei John Locke und in Form der Hume'schen Regeln – zugleich institutionelle Garantien und ethische Voraussetzungen: Rechtsstaatlichkeit, Vertragsfreiheit, Meinungsfreiheit, Persönlichkeitsrechte, Privateigentum und eine Orientierung staatlicher und wirtschaftlicher Tätigkeit am Wohle aller (vgl. Rawls 1995).

Der darauf aufbauende Wirtschaftsliberalismus, für den insbesondere »Der Wohlstand der Nationen« (2009 [1776]) von Adam Smith sowie die Arbeiten von David Ricardo (1815/1817) und John Stuart Mill (2006 [1848]) Pate stehen, fällt mit der Institutionalisierung der klassischen Nationalökonomie als eigenständiger Wissenschaft zusammen (vgl. Schumpeter 1954 [1912]).[6] Hier wird ein *negativer*

6 Schumpeter – als Chronist der klassischen Nationalökonomie (1954: 65, [1912]) – schätzte Smith für seine systematische Arbeitsweise, weniger für seinen Ideenreichtum: »He was a man of systematic work and balanced presentation, not of great new ideas«, so dass »this man with a crystalclear mind created his magnificent life-work from existing material and by treading on familiar paths.« Eher verweist Schumpeter auf die Bienenfabel von Mandelville, die Smith beflügelt habe und vor allem auf David Ricardo, »who really went further in a definite direction – for good or for evil« (ebd.: 70), als geistige Väter der neuen Wissenschaftsdisziplin. Interessanterweise hebt Schumpter (ebd.: 80) die geringeren Ambitionen der klassischen Nationalökonomie hervor: »classical economists had a much narrover aim in

Freiheitsbegriff entwickelt, als Freiheit des Individuums *von* obrigkeitsstaatlicher Herrschaft, Willkür und Zwang. Adam Smiths Gründungswerk der Wirtschaftswissenschaft war von Vorstellungen der Physiokratie inspiriert und wendet sich ab vom damals vorherrschenden Dirigismus merkantilistischer Wirtschaftspolitiken, die die Mehrung des Reichtums absolutistischer Herrscher verfolgten und in denen die Bevölkerung als bloße »Menge der Untertanen eines Souveräns« (Foucault: 2006: 107) firmierte. Die von Francois Quesnay und anderen Physiokraten vertretene Idee einer natürlichen Ordnung (»ordre naturel«) fungierte zugleich als Erklärungsansatz wirtschaftlicher Entwicklung und Vorbild für den erstmaligen Entwurf von Wirtschaft als eigenständigem Kreislauf, der systematisch und universell beschrieben werden kann. Während die Natur als unerschöpfliche Quelle des Reichtums (durch Grund und Boden) den Wirtschaftskreislauf ständig mit neuem Antrieb versorgen und dadurch im besten Interesse der Menschheit lenken würde, sei der Wirtschaftskreislauf von der Landwirtschaft (den »cultivateurs«) abhängig, die sich der Reichtümer der Natur annehme und diese vervielfältige. Güterproduktion trägt in dieser Sicht nicht zur Vermehrung von Reichtümern bei, sondern pflegt bzw. kultiviert die natürlichen Quellen des Reichtums und verzehrt diese nur. Die Hervorbringung (das »Generieren«) ist der Natur vorbehalten und ihrer Fähigkeit, die Reichtümer von Neuem zu erzeugen (vgl. Priddat 2001: 16-21).

Smith übernimmt diese Ansichten für die landwirtschaftliche Produktion, wendet sich aber für die gewerblichen Bereiche der Wirtschaft hiervon ab. Er bindet den »Wohlstand der Nationen« vielmehr an ihr Nationaleinkommen, das als Folge menschlicher Arbeit und des Prinzips der Arbeitsteilung erscheint (Smith 2009: 49ff., [1776]). Folglich ist es das *Individuum*, das vermittels seines naturwüchsigen »Hanges zu tauschen, sich gegenseitig auszuhelfen und ein Ding gegen ein anderes zu verhandeln« (ebd.: 59) die enormen Produktivkräfte der Arbeitsteilung hervorbringt. Der Mensch »lebt so durch Tausch, oder wird gewissermaßen ein Kaufmann und die Gesellschaft selbst wächst zu einer eigentlichen Handelsgesellschaft heran« (ebd.: 69). Gleichwohl steht diese prophetische Note bei Smith – wie Karl Polanyi (1978 [1944]) argumentiert hat – nicht im Mittelpunkt seines Interesses. Zwar untersucht er die Wirtschaft als einen eigenen Analyse- und Funktionsbereich. Für ihn jedoch, den Empiristen und Moralphilosophen, sind wirtschaftliche Zusammenhänge stets Teil einer *sittlichen Ordnung*, die auf der Anerkennung und *konkreten* Anwendung von Werten jenseits deduktiv zu formalisierender, individueller Nutzenkalküle beruht (vgl. Vogl 2010). In der Moralphilosophie von Smith kommen Theologie, Ethik, Rechtswissenschaft und

view than some of the earlier and many of the later thinkers. Already Adam Smith did not intend to compose a social universal sicence out of economic material. […] Ricardo set himself even narrower limits […] he merely intended to […] elucidate general forms of the economic process within this economy of exchange.«

Ökonomie noch als gleichberechtigte und miteinander verwobene Teile eines übergreifenden Denksystems zusammen (vgl. Schumpeter 1954: 22f., [1914]). Selbst der zur Erklärung des *homo* oeconomicus oft bemühte Satz muss als Ausdruck dieser Systematik verstanden werden:

> »Nicht von dem Wohlwollen des Fleischers, Brauers oder Bäckers erwarten wir unsere Mahlzeit, sondern von ihrer Bedachtnahme auf ihr eigenes Interesse. Wir wenden uns nicht an ihre Humanität, sondern an ihre Eigenliebe, und sprechen ihnen nie von unseren Bedürfnissen, sondern stets von ihren Vorteilen. Nur ein Bettler will lieber ganz vom Wohlwollen seiner Mitbürger abhängen. Und selbst ein Bettler hängt nicht völlig davon ab.« (Smith 2009: 60, [1776])

Mit Verweis auf den Bettler wird klar, dass es den Menschen bei der Verfolgung ihres Eigeninteresses nicht ausschließlich um die Mehrung ihres eigenen Nutzens geht, sondern auch darum, eine Gegenleistung anbieten und damit in (Aus-)Tausch mit anderen treten zu können (vgl. Kuttner 2015). Für Smith konstituiert sich der Handel treibende, tauschende Mensch als soziales Wesen, da er weiß, dass »die Achtung, die wir bei den uns Gleichgesinnten genießen, dass unser Ansehen und unser Rang in der Gesellschaft, in der wir leben, sehr stark davon abhängt, wie viel wir von jenen Vorteilen [den »äußeren Glücksgütern«, die körperliche Bedürfnisse befriedigen, Anm. K. M.] besitzen, oder wie viel man wenigstens glaubt, dass wir von ihnen besitzen.« (Smith 2004: 361, [1759]) Tauschprozesse sind damit auch immer zugleich Ausdruck sozialer Anerkennung, persönlicher Sympathie und der Existenz gesellschaftlicher Werte (siehe hierzu auch grundlegend Veblen (2007 [1899]). Smith betrachtete gesellschaftlichen Wohlstand dahingehend »bloß als einen Aspekt des Lebens der Gemeinschaft, deren Zwecke er untergeordnet blieb; Wohlstand war ein Zubehör der um ihr geschichtliches Überleben kämpfenden Nationen« (Polanyi 1978: 157, [1944]).

Als früher Entwickler einer »individualistischen Sozialtheorie« (Vanberg 1979) findet sich im Werk von Smith, so Karl Polanyi (ebd.: 157), »keine Andeutung, daß die wirtschaftlichen Interessen der Kapitalisten der Gesellschaft das Gesetz vorschrieben; kein Hinweis, daß sie die weltlichen Sprecher einer göttlichen Vorsehung wären, die die Welt der Wirtschaft als separates Ganzes beherrschte«. Bei Smith sei der »ökonomische Bereich noch keineswegs von Eigengesetzlichkeiten bestimmt, die uns den Maßstab für Gut und Böse liefern würden«, im Gegenteil »wollte Smith den Wohlstand der Nationen als eine Funktion ihres physischen und ethischen Lebens ansehen« (ebd.). Der These von einer Abwesenheit theologischer Ansichten in Smiths Werk ist seither häufig widersprochen worden. Joseph Vogl etwa erblickt in Smiths Sozialtheorie vielmehr das »Herniedersinken theologischer und kosmologischer Fragen in das Gebiet der Sozialontologie« (2010: 41). Insbesondere mit seinem berühmt gewordenen Begriff der *unsichtbaren Hand* – die den blinden Eigennutz der tauschenden Menschen gleichzeitig als nicht intendierten

Beitrag zu einem harmonischen Allgemeinwohl rahmt – trete »Gottes wirkende Hand, die unsichtbar alles Geschaffene lenkt, als wirksame theologische Metapher für die Vorsehung der Naturordnung, der *oeconomia naturae* wieder« (ebd.) auf den Plan. Sie ist Ausdruck einer Gesellschaft, die sich wünscht, dass die »irregulären Neigungen selbstsüchtiger Subjekte von unsichtbarer Hand zur Ordnung gefügt werden« (ebd.: 42).

Smith bewegt sich damit letztlich an der Grenze von physiokratischen und individualistischen Perspektiven als Souffleur einer »Vorsehungsökonomie« (Latour 2014), die in der *Vorstellung* einer intransparenten und zugleich absichtsvollen Kraft innerhalb der Gesellschaft wirkt. Wo diese Kraft – obwohl intransparent, ja unsichtbar – ihren Ort hat, kündigt sich für viele Chronisten erst angesichts der verheerenden Probleme an, die mit der strukturellen Massenarmut (Pauperismus) in vielen westeuropäischen Gesellschaften in Folge eines massiven Bevölkerungswachstums zwischen 1750 und 1800 einhergehen. Im Zuge der Diskussionen um den Pauperismus kam den naturalistischen Lehren von Joseph Townsend – seines Zeichens Arzt, Geologe und Priester – einige Bedeutung zu, da diese (im Anschluss an Smith) von führenden Nationalökonomen wie Ricardo, Malthus und Mill aufgegriffen wurden. Townsend hatte in seiner »Dissertation on the Poor laws« (2011 [1786]) die als zu großzügig empfundene staatliche Armenunterstützung Englands scharf kritisiert und ihr die Idee einer sich selbst regulierenden Kraft des Hungers der Armen entgegengesetzt:

> »Die Armen wissen wenig von den Motiven, die Höherstehende zum Handeln antreiben – Stolz, Ehre und Ehrgeiz kennen sie kaum. Im Allgemeinen kann nur der Hunger sie anspornen und zur Arbeit treiben; doch unsere Gesetze diktieren: Hungern sollen sie nicht. Zugegeben: Die Gesetze diktieren auch, dass sie zur Arbeit gezwungen werden sollen. Aber Gesetzeszwang geht einher mit zu viel Ärgernis, Gewalt und Lärm, schafft böses Blut und kann niemals guten, bereitwilligen Dienst bewirken: Hunger dagegen übt nicht nur friedlichen, schweigsamen, gleichmäßigen Druck aus, sondern er ist der natürlichste Antrieb zu Fleiß und Mühen[7] und ruft deshalb die stärksten Kraftanstrengungen hervor; und wenn er durch die freiwillige Spende eines anderen gestillt ist, legt er ein dauerhaftes, sicheres Fundament für guten Willen und Dankbarkeit. Ein Sklave muss zur Arbeit gezwungen werden; ein freier Mann sollte selbst entscheiden und urteilen dürfen; […]. Kehrt man zurück zu den niedrigen Motiven, die den Sklaven prägen, und traut man nur dem Zwang, dann müssen alle Segnungen des freiwilligen Dienens für den Knecht wie für den Herrn verloren gehen.« (ebd.: 15)

Und weiter:

---

7 Im englischen Original heißt es hier noch erhellender: »most natural motive to industry and labour« (Townsend 1786: III).

> »Auch der weiseste Gesetzgeber wird niemals eine gerechtere, wirksamere und in jeder Hinsicht passende Strafe erfinden können als den Hunger, den ein ungehorsamer Diener leiden muss. Hunger zähmt die wildesten Tiere, Hunger ist ein Lehrer, von dem auch die Rohesten, Starrsinnigsten und Verworfensten noch Anstand, gute Sitten, Gehorsam und Unterwerfung lernen. Ein guter Diener muss nicht fürchten, ohne Arbeit zu sein. [...] Sollte ein Mann aber ein berüchtigter Dieb, Arbeitsscheuer oder Verderber sein, dass kein Herr ihn beschäftigen will, dann wäre es gewiss gerecht, dass er Hunger leidet, bis er gelernt hat, sich besser aufzuführen. Es gibt vielleicht nur wenige Kirchspiele, die nicht Beispiele für diese bedauerlichen Eigenschaften aufzählen können. Vielmehr beklagen Gutsherren ganz allgemein, dass ihre Leute nicht mehr so gut arbeiten wie zu der Zeit, als es noch beschämend war, Armenfürsorge von der Gemeinde zu erhalten.« (ebd.: 18f.)

Für Townsend stand fest: Die Abschaffung handfester Armut durch staatliche Fürsorge führt unweigerlich auch zur Abschaffung von Fleiß und wirtschaftlicher Produktivität, da der Gesellschaft eine unermessliche Quelle selbstregulierender Aktivierung der Ärmsten der Armen abhandenkomme, der Hunger. Er tritt hier als natürliche Funktion des Körpers und *somatisches Regulativ* sozialer Verhältnisse gleichermaßen auf, der nicht nur staatliche Interventionspolitik überflüssig macht, sondern zugleich wirtschaftliche Prosperität, individuelle Freiheit, persönliches Glück und sozialen Zusammenhalt fördert. Wirtschaftliche Zusammenhänge sind hier der natürliche Ausdruck einer sich selbst regulierenden Kraft körperlich-ethischer Verhaltensweisen *jenseits* individueller Nutzenkalküle. Als Ort der Harmonie, bindet der Markt Leid(enschaften) an soziale Tugenden des Anstands, der Würde, an den guten Willen und gegenseitigen Respekt. Der Umgang mit einem Mangel an Nahrung führt zwangsläufig zu einem Überschuss an Dankbarkeit und Gehorsam demjenigen gegenüber, der gewillt ist, diesen Mangel für eine Gegenleistung (Arbeit) zu beheben. Wirtschaftliche Aktivität bleibt auch bei Townsend seltsam eingebettet in ethisch-normative Vorstellungen eines »guten« Umgangs, »edler« Absichten und sozialer Reziprozität (im Verhältnis Diener-Herr). Allerdings macht Townsend im Gegensatz zu Smith staatliche Politik (die Armenfürsorge) für die Existenz von Armut verantwortlich und will das Unheil, das sie beheben will, geradewegs in den Rang einer Tugend hieven.

Seine Gedanken zur Überlegenheit eines sich selbst regulierenden Marktes fußen auf der Ansicht, dass der Gesetzgeber nichts weiter zu tun braucht, als die »natürlichen Bindungen der Gesellschaft zu bestärken und den Grundsätzen, auf denen eine politische Union beruhen muss, Kraft zu verleihen« (ebd.: 17). Townsend bekräftigte, dass der »Fortschritt der Gesellschaft« zeigen werde, dass »manche Mangel leiden müssen« (ebd.: 27). Es müsse dann nur noch gefragt werden: »Wer verdient es am meisten, Kälte und Hunger zu leiden, der Verschwenderi-

sche oder der Vorsorgliche, der Faule oder der Fleißige, der Tugendsame oder der Lasterhafte?« (ebd.) Dahinter verbirgt sich nicht nur eine meritokratische Arbeits- und Sozialethik des Hungers, sondern der Glaube an eine natürliche Ordnung, die Townsend aus einem Beispiel, wie es sich auf der Insel Juan Fernandez zugetragen haben soll, ableitete und dessen evolutionäre Einsichten sich Charles Darwin später zu eigen machen sollte. Im Kampf um Nahrungsmittel zwischen Ziegen und Hunden wäre dort beobachtet worden, wie das Wachstum der Arten proportional zur verfügbaren Nahrungsmenge bis zu einer natürlichen Grenze steige. Sei diese Grenze erreicht, wären zunächst aus beiden Populationen die Schwächsten gestorben bzw. die Stärksten übriggeblieben. »Dadurch stellte sich ein neues Gleichgewicht ein« (ebd.: 29), was auch auf die Menschen zutreffe: »Die Nahrungsmenge reguliert auch die Zahlenstärke der *species humana*« (ebd., Hervorhebung im Original). Solange ausreichend Nahrungsmittel verfügbar seien, könne jeder für sich selbst sorgen, lediglich die »Schwachen sind abhängig von der unsicheren Gabe der Starken« und würden gemeinsam mit den »Faulen den natürlichen Folgen ihrer Trägheit erliegen« (ebd.).

Seine staatskritischen, marktliberal-physiokratischen Überzeugungen griff Robert Malthus (1924/1925 [1798]) auf und extrahierte hieraus ein *Bevölkerungsgesetz*. Das Gesetz postuliert ein exponentiell wachsendes Bevölkerungswachstum, demgegenüber der Produktivitätszuwachs in der Landwirtschaft lediglich linear (»in arithmetischer Reihe« ebd.: 21) ansteigt. Die sich daraus ergebende »Bevölkerungsfalle« empfiehlt Malthus vor allem mit *sittlichen* Eingriffen (u.a. in Reproduktions- und Heiratsangelegenheiten) beizukommen. Gleichzeitig sieht er auch *nützliche* Folgen des Gesetzes und möchte die »natürliche Tendenz des Menschengeschlechts« nicht schwächen, da sonst ebenfalls die damit verbundene »Hoffnung und Furcht, in der Gesellschaft zu steigen oder zu sinken, die zur Vervollkommnung der menschlichen Fähigkeiten und der Zunahme des menschlichen Glückes so notwendig sind« (Malthus 1924/1925: 467f., [1798]) geschwächt würde. Hier klingt Townsends Lob des Hungers und insbesondere der Utilitarismus seines Freundes Jeremy Bentham durch.

Bentham – der »Newton der Moralphilosophie« wie er sich selbst nannte – hatte in seinem Werk »An Introduction to the Principles of Morals and Legislation« (1789) einen *quantitativen Utilitarismus* entwickelt, der das »Prinzip der Nützlichkeit« als »Gewinn, Vorteil, Freude, Gutes oder Glück« (2013: 10, [1789]) naturwissenschaftlich untersuchen wollte. Hierzu formulierte er »mathematische Modelle für die Berechnung der ›Gesamtsumme‹ des Glücks« (Pleger 2017: 111) einer Gemeinschaft, Gruppe oder eines Individuums. Wobei er überzeugt war, dass das Glück einer Gemeinschaft oder Gruppe stets nur die Summe des individuellen Glücks darstellt. Für Bentham ist der Mensch von Natur aus ein Hedonist, dessen Handeln ausschließlich auf die Erlangung des *größtmöglichen Nutzens* – der Mehrung von Glück (»pleasure«) bzw. Verringerung von Schmerz (»pain«) – gerichtet ist.

Handlungen sind für Bentham daher nach ihrer Intensität und nicht nach ihrer Art zu unterscheiden. Auf Grundlage eines axiomatischen Nutzenprinzips[8] gibt Bentham sieben quantitative Aspekte an, die vor der Festlegung auf eine Handlung zu berücksichtigen sind.[9] Er hält ein Handeln daraufhin immer dann für moralisch richtig, wenn es »das größte Glück der größten Zahl« bezweckt. Diese Logik stand in krassem Widerspruch zu Moralphilosophien der damaligen Zeit (u.a. zu der von Smith), die stets zwischen Qualitäten von Empfindungen (edle, tugendhafte vs. lasterhafte, siehe exemplarisch oben bei Townsend) unterschieden und markiert zugleich jene weitere Loslösung der Ökonomie von ihren moralphilosophischen Grundlagen.[10] All diese Ansichten eint, dass sie die Entstehung der klassischen Ökonomik bzw. politischen Ökonomie auf eine naturwissenschaftliche Grundlage stellen, die allerdings noch jeder *methodischen* Grundlage entbehrt. Die naturwissenschaftlich inspirierten Ansichten über das Verhältnis von Wirtschaft und Gesellschaft bewegen sich im Frühstadium viel eher auf *spekulativer* Ebene, da normative Prinzipien geradewegs aus analogischen Betrachtungen der natürlichen Welt sowie axiomatischen Festlegungen abgeleitet werden und nicht etwa auf elaborierten Mess- und Recheninstrumenten beruhen (vgl. Priddat 1995). So kann das produktive und konsumtive Verhalten von Tier- und Menschenpopulationen bei Townsend zwar Unregelmäßigkeiten innerhalb der natürlichen Ordnung produzieren, findet aber letztlich im Malthu'schen Bevölkerungsgesetz zu einer harmonischen Einheit mit selbiger: »Die Bevölkerung einer Nation mag eine Zeit lang überproportional zur Nahrungsmenge zunehmen, aber dadurch wird das angenehme Leben der Wohlhabenden ebenfalls überproportional zerstört, und Not und Elend, die zuvor nur manche erlitten hatten, treffen nun alle, ohne dass sich irgendwelche Vorteile daraus ergeben. Der Lauf der Natur kann leicht gestört werden, aber ihre Gesetze wird kein Mensch umkehren« (Townsend 2011: 30, [1786]).

---

8 Axiomatisch deshalb, weil Bentham (2013: 11, [1789]) nicht davon ausging, dass die Richtigkeit des Prinzips direkt bewiesen werden kann: »Ist es eines direkten Beweises fähig? Anscheinend nein: denn was dazu dient, um etwas anderes zu beweisen, kann nicht selber bewiesen werden; eine Beweiskette muss irgendwo anfangen.« Hier zeigt sich schon, weshalb das Nutzenprinzip so problematisch und gleichzeitig als Erkenntnisprinzip forschungspraktisch so nützlich ist. Siehe hierzu Hodgson (2012).

9 Diese sind: Intensität, Dauer, Gewissheit oder Ungewissheit, Nähe oder Ferne, Folgenträchtigkeit, Reinheit einer Lust oder Unlust, vgl. Bentham (2013:11, [1789]).

10 Mill griff die Kritik an Bentham auf und entwickelte hieraus einen qualitativen Utilitarismus, der Benthams Nutzenprinzip verhaftet blieb, nun aber zwischen niederen und höheren (geistigen) Empfindungen auf Grundlage eines objektiven Maßstabs unterschied, der sich aus Mehrheitsverhältnissen anderer individueller Einschätzungen bezüglich der Güte einer Empfindung ergeben sollte. Auch in seinem Entwurf des Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft erscheint Mill als Grenzgänger zwischen Smith und Bentham (vgl. Kuttner 2015: 115ff.), wenngleich dies – wie oben dargestellt – seine positive Sicht auf Vorgänge der Ökonomisierung nicht tangierte.

Polanyi entwickelt hieran die These von der »Great Transformation«, wonach die große soziale Umwälzung, die mit der Industrialisierung und dem Kapitalismus einherging, vor allem darin bestanden hat, sich die Ökonomie als von der Gesellschaft losgelösten Bereich mit eigenen Gesetzmäßigkeiten *vorzustellen* und dann auch als solchen zu behandeln. In seinen Augen wird mit der *Idee* eines sich *selbst regulierenden Marktes* der historisch einmalige Prozess in Gang gesetzt, in dessen Vollzug sich die bis dato an sozialer Reziprozität und wirtschaftlicher Subsistenz orientierte Form wirtschaftlicher Produktion auflöst. Die vorkapitalistische Korrespondenz zwischen wirtschaftlicher Tätigkeit und Sozialstruktur beschreibt Polanyi als Zustand der Einbettung (»embeddedness«), wie sie auch für das Denken von Smith noch prägend gewesen sei (was nur zum Teil stimmt, wie oben anhand der Argumente von Vogl gezeigt wurde). Wird Wirtschaft hingegen als selbstreferenzieller Vollzug von Gesetzen des Marktes begriffen, auf dem sich eigennützig nutzenmaximierende Individuen tummeln, die miteinander effizient an Preisen orientierten Handel treiben, löst sich nach Polanyi der Kitt von Gesellschaft und Wirtschaft auf. In dieser Bewegung erblickte er eine Inversion der bisherigen Verhältnisse: »Die Wirtschaft ist nicht mehr in die sozialen Beziehungen eingebettet, sondern die sozialen Beziehungen sind in das Wirtschaftssystem eingebettet (Polanyi 1978: 88f.). Die Institutionalisierung einer auf Tauschhandel basierenden »Marktform« (ebd.: 88) ebnet den Weg hin zu einer »Marktgesellschaft«, die eine »Behandlung der Gesellschaft als Anhängsel des Marktes« (ebd.) zur Voraussetzung hat. Inmitten der »Doppelbewegung« (ebd.: 182ff.) aus einem sich kontinuierlich expandierenden Prinzip des freien, selbstregulierenden Marktes und der Errichtung sozialer Sicherungssysteme richtet die neu entstehende Disziplin der Wirtschaftswissenschaft sich als »Teufelsmühle« (ebd.) darauf ein, neue *Grenzen* auf Grundlage einer politischen Philosophie des Liberalismus und der Ethik des Utilitarismus zu errichten.

Allerdings lässt sich mit Blick auf Polanyis Lektüre von Adam Smith ein Widerspruch in seiner These von der »Great Transformation« erkennen. Sei die Transformation noch so brutal und dem Anspruch nach vollumfänglich gewesen, so kann sie die sittliche Ordnung sich nicht einfach *einverleiben* und zum Verschwinden bringen. Polanyi hierarchisiert die sittliche Ordnung, die Smith in Gottes Hände legte und dadurch zu harmonisieren suchte, als eine, in der nicht-ökonomische Elemente Vorrang bzw. eine höhere Wertigkeit als ökonomische Elemente des Marktes besitzen. Sein dualistisches Vorgehen versucht Feuer mit Feuer zu bekämpfen, und das, obwohl er die historische Triebfeder für die erfolgreiche Ausdifferenzierung des Marktes als eigenständigem Wirtschaftssystem nicht etwa in einer dem Markt innewohnenden Eigendynamik bzw. Gesetzmäßigkeit begründet sah. Für ihn war sie vielmehr Ergebnis »künstlicher Anreize, die dem Gesellschaftskörper appliziert wurden, um mit einer Situation

fertigzuwerden, die wiederum von dem nicht weniger künstlichen Phänomen der Maschine geschaffen worden war« (ebd.: 89).

Polanyi ist hier dem wichtigen Beitrag von Maschinen bzw. *Technik für das Verhältnis von Markt und Gesellschaft* auf der Spur, bloß hierarchisiert er unnötig, weil er sozialtheoretisch annimmt, dass Gesellschaft über einen eigenen *Körper* verfügt, dem etwas verabreicht werden kann. Viel eher aber ist Technik (wie die Maschine der Industrialisierung) – um mit Latour (2006a) zu sprechen – bereits »stabilisierte Gesellschaft«, die selbst keinen fest definierten Anfang und kein Ende, kein stabiles »oben« und »unten« hat, sondern sich anschickt, mit der Evolution der technischen Instrumente die Grenzen des sozio-technisch Machbaren immer weiter auszuloten (siehe auch ders. 2014: 563f.). Die harmonische, perfekte »natürliche« Ordnung des Marktes wäre ohne eine harmonische und perfekte Ordnung der Gesellschaft nicht zu haben. Da es beides aber nur in der Theorie und nicht in der Praxis gibt, brauchen die Maschinen, in Fabrikhallen tätig, aus diesen auch nicht ausbrechen und einen »künstlichen« Sog in der Gesellschaft erzeugen, die sich daraufhin genötigt sähe, Strukturen und Prozesse zu etablieren, die dem Funktionszusammenhang der Maschine nachempfunden sind. Vielmehr muss es zuvor schon zu einer koevolutionären Konstellation und »Rationalisierung der Machtmethoden« (vgl. Foucault 2006: 109ff.) gekommen sein, die mit Rekurs auf die Arbeiten Foucaults zur »Gouvernementalität« im nächsten Abschnitt nachvollzogen wird.

2.1.2 Markt und Staat: Ausdruck einer liberalen Regierungstechnik?

Das Verhältnis von Wirtschaft (als Markt) und Gesellschaft (als Marktgesellschaft) ist seit dem Entstehen der Nationalökonomie nicht weniger kontrovers diskutiert worden. Tatsächlich hat die Wirtschaftswissenschaft von ihren normativ-spekulativen Ausgangsbedingungen nicht abgelassen, sich zugleich aber wesentlich stärker auf eine *mathematische Modellierung* der klassischen Postulate konzentriert. So definierte Léon Walras 1898 als früher Vertreter der neoklassischen Grenznutzenschule – also mehr als hundert Jahre nach der Entstehung der klassischen Nationalökonomie – das allgemeine Gleichgewichtsmodell als volkswirtschaftliches Gesetz, wonach Angebot und Nachfrage auf allen Märkten infolge rational verwalteter, individueller Budgetrestriktionen in ein Gleichgewicht treten. An sehr prominenter Stelle – bei Milton Friedman – wird die Ökonomik gar in den Rang einer physikalischen Wissenschaft erhoben (siehe hierzu auch Mirowski 1989). Dort finden sich mit Blick auf den Geltungsanspruch einer positivistischen Ökonomik (»positive economics«) folgende Ausführungen:

> »Its performance is to be judged by the precision, scope, and conformity with experience of the predictions it yields. In short, positive economics is, or can be,

an ›objective‹ science, in precisely the same sense as any of the physical sciences.« (Friedman 1966: 4)

Dieses auf den Konstanten der objektiven Repräsentation, formallogischen Deduktion und Wertneutralität beruhende Fundament der Ökonomik lässt sich mit Friedman auf die paradoxe Formel bringen:

»Truly important and significant hypotheses will be found to have ›assumptions‹ that are wildly inaccurate descriptive representations of reality, and, in general, the more significant the theory, the more unrealistic the assumptions (in this sense). […] To be important, therefore, a hypothesis must be descriptively false in its assumptions« (ebd.: 14, Hervorhebung K. M.).

Wie kann es sein, das eine wissenschaftliche Hypothese wichtiger wird in dem Maße, wie sie falsche Annahmen über die Realität bereithält, wie Friedman frei heraus zugesteht? Und weshalb sollte man dann an ihr festhalten? Friedmans Antwort fällt wie folgt aus:

»The choice among alternative hypotheses equally consistent with the available evidence must to some extent be arbitrary, though there is general agreement that relevant considerations are suggested by the criteria ›simplicity‹ and ›fruitfulness‹, themselves notions that defy completely objective specification« (ebd.: 10).

Die Beantwortung der Frage scheint damit vom Modell*design* abzuhängen: Der Erfolg positivistischer Ökonomik ergibt sich aus der Fähigkeit der relativ willkürlichen, vereinfachenden, modelltheoretischen Nutzenfunktionen, eine Spur, einen Fußabdruck, also eine eigene Evidenz in der realen Welt zu erzeugen. Eine positivistische Ökonomik produziert so lange wissenschaftliche Referenzen, wie sie einfache und zugleich in der Empirie (»experience«) auffindbare Effekte findet, die in Einklang mit dem gewählten Modell gebracht werden können (»fruitfulness«). Die Signifikanz eines Modells hängt dann letztlich von der Performanz der Befürworter und Gläubiger des Modells ab, die ihrerseits mit einer Anpassung an die im Modell gewählten Kalküle und sozialen Verhaltensweisen erst zum Leben erwecken, was laut Modell bereits existiert und zu einer effizienteren Welt führt. Diese schon bei Adam Smith formulierte Einsicht einer Korrespondenz wirtschaftlicher Tauschhandlungen mit einer sittlichen Ordnung, die moralische Verhaltensweisen, Berechnung und Vernunft zugleich adressiert, zeigt, dass es bei den Wirtschaftswissenschaften seit Beginn an nicht um deskriptive Weltbeschreibung, sondern Weltformatierung im Sinne einer normativen Theoriebildung gegangen ist und geht.

Darauf haben in jüngerer Vergangenheit Autor*innen aus unterschiedlichen theoretischen Positionen kommend hingewiesen (z.B. Beckert 2012; Çalışkan/Cal-

lon 2009; Callon 1998; Foucault 2006; Granovetter 1985; Latour/Lepinay 2010; Latour 2014; Priddat 1992). Alle bestreiten sie Polanyis These von der »Entbettung« marktwirtschaftlicher Strukturen und weisen darauf hin, dass wirtschaftliche Zusammenhänge ohne normative Orientierungen nicht ausreichend verstanden werden können. Beckert (2012: 248f.) bringt es auf den Punkt: »Die Aussage ›Akteure handeln nutzenmaximierend‹ muss entweder als eine ›Als-ob-Theorie‹ (Vaihinger 2007) gelesen werden oder aber als eine auf dem Utilitarismus fußende normative Theorie: ›Akteure *sollen* nutzenmaximierend handeln‹.« Die Ökonomie kann laut Beckert daher nicht »allein effizienztheoretisch erklärt« und auch das »intentional rationale Handeln der Akteure nicht unabhängig von kulturell verankerten Motiven verstanden« (ebd.:256) werden. Vielmehr müssten ökonomische Theorien auf ihre Historizität hin gelesen und heute ernüchtert festgehalten werden, dass »der normative Gehalt der auf (möglichst unbegrenzte) Steigerung der Grenzproduktivität setzenden ökonomischen Theorie selbst einen historischen Wandel in der Gestalt einer Dialektik der Aufklärung unterliegt.« (ebd.: 257)

Um das Verhältnis von Markt und Gesellschaft näher historisch zu inspizieren, wird nun auf Michel Foucaults (2006) Arbeiten zur Geschichte der »Gouvernementalität« und der »Biopolitik« rekurriert, die er in seinen Vorlesungen am Collège du France entwickelt hat. Er rückt hierfür insbesondere den Begriff der *Regierung* in den Analysemittelpunkt, den er im Rahmen seiner genealogischen Methode zur Kritik moderner Institutionen als *Macht-Wissen-Relation* entwickelt hat. Seiner Ansicht nach hat der Wirtschaftsliberalismus in seinen alten wie neuen Schattierungen zentrale Bausteine für die Errichtung einer spezifisch *liberalen Regierungstechnik* geliefert, die er als »Biopolitik der menschlichen Gattung« (ebd.) bezeichnet. Diese Technik (bzw. Rationalität, von der Foucault auch spricht) basiert u.a. auf einem »Regierungswissen« der politischen Ökonomie, das auf statistischen Wahrscheinlichkeiten und Messungen menschlicher Eigenschaften beruht, mit deren Hilfe das Konzept der »Bevölkerung« als politisches Problem adressierbar wird. Dieses Wissen entwirft Sicherheitsmechanismen, die sich auf »Endemien« (nicht mehr auf diskontinuierlich auftretende Epidemien) als »permanenter Faktor […] des Entzugs von Kräften, der Verminderung der Arbeitszeit, des Energieverlustes und ökonomischer Kosten« (Foucault 1999: 281) richtet. Erstmals gerät auch »Krankheit als Bevölkerungsphänomen« in den Blick. Die Sicherheitsvorrichtungen (auch »Sicherheitsdispositive« genannt) stehen daher in unmittelbarem Zusammenhang mit gesundheitlich-demographischen Fragen. Die Gesundheit der Gesamtbevölkerung soll statistisch überwacht und damit als Feld der Regierung bearbeitet und optimiert werden. Ein statistischer Blick, der als Technologie darauf gerichtet ist, Gesellschaften als lebende Zusammenhänge »körperlich zu manipulieren und zu disziplinieren« als auch in der biologischen Dynamik der »Masseneffekte zusammenfasst und die Serie der Zufallsereignisse, die in einer lebendigen Masse auftauchen können, zu kontrollieren sucht« (ebd.: 294).

In der *Verbindung von Wirtschaft und Staat* wächst eine »Mikrophysik der Macht« heran, die Foucault als »politische Ökonomie des Körpers« (ders. 1994) fasst. Der Blick des Regierungshandelns, sein Machttypus, bewegt sich so von einem individualisierenden Zugriff in Richtung einer politökonomischen Form, die kein Machtzentrum mehr kennt, dennoch durch den statistischen Zugriff auf die politisierten Körper der Bevölkerung »massenkonstituierend« (ders. 1999: 278) wirkt. Letztendlich bezeichnet Gouvernementalität für Foucault (2006: 162) dann die

> »aus den Institutionen, den Vorgängen, Analysen und Reflexionen, den Berechnungen und den Taktiken gebildete Gesamtheit, welche es erlauben, diese recht spezifische, wenn auch sehr komplexe Form der Macht auszuüben, die als Hauptzielscheibe die Bevölkerung, als wichtigste Wissensform die politische Ökonomie und als wesentliches technisches Instrument die Sicherheitsdispositive hat.«

Dem Machttypus der Regierung, welcher sich ab dem 18. Jahrhundert entwickelt, hat Foucault zwei andere Typen vorangestellt: Souveränität und Disziplin. Ersterer Typus entwickelt sich in der Zeit des mittelalterlichen Staates, der auf Gesetzen beruht, territoriale Integrität anstrebt und nach dem Prinzip der Souveränität organisiert ist. Der zweite Typus der Disziplin wird im Verwaltungsstaat des 16. und 17. Jahrhundert verortet, der nach den polizeilichen Prinzipien der Überwachung und Bestrafung funktioniert und diese auf individuelle Körper anwendet (siehe z.B. ders. 1994).

All diese Machttypen bringen eine eigene soziale Ordnung hervor, leben bis heute fort und überlagen sich somit in der Gegenwart. Besonders am Typus der Disziplin entwickelt Foucault seine Machtanalytik als Macht-Wissen-Relation. An die Stelle marxistischer Vorstellungen einer in Basis (ökonomische Produktionsverhältnisse) und Überbau (Staat, Recht) organisierten Gesellschaftsform, setz Foucaults »funktionale Mikroanalyse eine strikte Immanenz, bei der die Brennpunkte der Macht und die Disziplinartechniken ebenso viele Segmente bilden, die beweglich miteinander verbunden sind und die von den Individuen einer Menge durchlaufen werden oder in denen sie verweilen, als Körper und als Seelen (Familie, Schule, Kaserne, Fabrik, erforderlichenfalls Gefängnis)« (Deleuze 2013: 42). Am Beispiel des panoptischen Gefängnisses[11] – wie es von Jeremy Bentham (siehe oben) entworfen wurde – zeigt Foucault, wie Formen des Sicht- und des Sagbaren unablässig in einer »konzertierten Anordnung von Körpern, Oberflächen, Lichtern und Blicken« (Foucault 1994: 259) aufeinander verweisen und die *unpersönliche* Macht der *Disziplinargesellschaften* hervorbringen.

---

11 Wie das vorhergehende Zitat nahelegt, gilt dies aber auch strukturäquivalent für Schulen, Krankenhäuser, Fabriken, Kasernen, die Familie und andere Orte, die Foucault allesamt »Einschließungsmilieus« nennt.

Diese Macht ist nur *relational* zu verstehen, denn sie läuft nicht etwa in einer Person (z.B. dem Monarchen) zusammen oder wirkt durch Gesetze oder Repräsentation, hat demzufolge »kein Wesen«, sondern »ist operativ. Sie ist kein Attribut, sondern ein Verhältnis: das Machtverhältnis ist die Gesamtheit der Kräfteverhältnisse, die ebenso durch die beherrschten wie durch die herrschenden Kräfte hindurchgeht, die alle beide Singularitäten bilden« (ebd.: 42f.). Gerade deshalb aber ist für alle Machttypen wichtig festzuhalten: »Die Macht ›produziert Reales‹, bevor sie unterdrückt. Und sie produziert ebenfalls Wahrheiten, bevor sie ideologisiert, abstrahiert oder maskiert.« (ebd.: 44). Mit dem Begriff des *Diagramms* versucht Foucault diese Erkenntnis zu fassen. Das Diagramm beschreibt demnach einen Funktionszusammenhang, der »grundlegend instabil oder fließend« ist. Er »wirbelt unaufhörlich die Materien und Funktionen so durcheinander, daß sich unentwegt Veränderungen ergeben«. Daher bildet sich in den Machtverhältnissen auch keine »präexistierende Welt« ab, sondern das Diagramm »produziert einen neuen Typus von Realität, ein neues Modell von Wahrheit« (ebd.: 53f.). In diesem Sinne ist dann auch der Positivismus der neoklassischen Ökonomik Teil eines Regierungswissens, das als eine performative Wahrheit und operative Kraft zu verstehen ist, wie sie oben bereits andiskutiert wurde (siehe 2.).[12]

Die politökonomischen Verbindungslinien verfolgt Foucault dann auch bis in die westlichen Nachkriegsgesellschaften hinein. Seine Arbeiten zur neoliberalen Gouvernementalität sind eingelassen in ein Narrativ einer sich rasant vertiefenden Globalisierung sowie profunder wirtschaftlicher Reproduktionskrisen, die auch den Hintergrund vieler Ökonomisierungsdiskurse bilden. Die politökonomische Situation in den späten 1970er, frühen 1980er Jahren – in denen Foucault seine Vorlesungen zur Geburt der Biopolitik hielt – lässt sich in groben Zügen folgendermaßen beschreiben: spätestens seit den beiden großen Ölkrisen von 1973 bzw. 1979/80, die politökonomische Krisen[13] waren und schwere Wirtschaftsrezessionen in den westlichen Industrienationen auslösten, ist der expansive Sozial- bzw. Wohlfahrtsstaat zunehmend unter Druck geraten. Auch hat der Prozess einer doppelten Liberalisierung einen großen Einfluss auf die Konjunktur von Ökonomisierungsdiagnosen gehabt: zum einen ist mit der oben bereits angesprochenen Globalisierung der Wirtschaftsproduktion, die zurück zu den Anfängen liberaler Staaten reicht und sich gepaart mit einer Industrialisierung der Produktion und

12 Diese Entwicklung setzt sich auch mit Blick auf neuere Wissensformen der Ökonomik, etwa der Verhaltensökonomik, fort, deren Erkenntnisse als politökonomische Konzepte (wie z.B. »Nudging«) Einzug in Regierungshandeln gefunden haben. Siehe hierzu Berndt (2015); Bröckling (2017).

13 1973: massiver Preisanstieg für Rohöl infolge des »Ölembargo« einiger OPEC-Staaten als Reaktion auf den »Jom-Kippur-Krieg«. 1979/1980: Förderausfälle sowie Spannungen im Nahen Ost angesichts der Islamischen Revolution im Iran sowie des ersten Golfkrieges zwischen Iran und Irak ließen den Ölpreis erneut stark ansteigen.

technischen Entwicklungen spätestens seit den 1950er Jahren enorm entwickelt, eine Kräfteverschiebung zugunsten der Angebots- bzw. Produzentenseite zu verzeichnen. Die Möglichkeit (»exit-option«), in fernen Ländern mit niedrigeren Organisationsgraden von Gewerkschaften und Löhnen zu produzieren und somit eine effektive Drohkulisse gegenüber den jeweiligen westlichen Nationalstaaten mit entsprechend höheren Standards und Löhnen zu erhalten, versetzt global tätige Unternehmen in eine komfortable Verhandlungssituation. Sie hat politische Gemeinden aller Orten dazu verführt, eine wirtschaftsfreundliche »Standortpolitik« zu betreiben. Zweitens setzt das Ende des »Bretton-Woods-System« eine finanzökonomische Liberalisierung in Gang (vgl. Vogl 2010). Der Wechsel vom System relativ fester Wechselkurse, die bis dato in engen Schwankungsbreiten an den Goldwert bzw. den in Gold konvertierbaren Dollar gebunden waren, zu einem System frei flottierender und an internationalen Finanzmärkten gehandelter Devisenwerte, sowie die Aufgabe von Kapitalverkehrskontrollen seitens der westlichen Staaten, begünstigte die Herausbildung großer Investment-Banken und das Aufkommen einer einflussreichen Finanzwirtschaft.

Das wirtschaftspolitische Handeln westlicher Industrienationen ist seit den 1970er Jahren zunehmend angebotsseitig orientiert und sieht von nachfrageorientierten keynesianischen Investitionsprogrammen ab. Mehr und mehr erhält der bereits in den 1920er bis 1940er entstandene Neo-Liberalismus die wirtschaftspolitische Oberhand, der nach dem Vorbild des Liberalismus des 19. Jahrhunderts und als Amalgam unterschiedlicher Strömungen (Wiener Schule, »School of Cannan«, Chicago School, zu der auch Milton Friedman zählt, sowie Ordoliberalismus), einer erneuerten liberalen Gesellschaftsordnung das Wort redet (vgl. Mirowski/Plehwe 2009). Foucault zeigt hier, dass die Befugnisse und Wirtschaftstätigkeit staatlicher Stellen zugunsten des Individuums bzw. freier Bürger*innen begrenzt werden, während gleichsam die Rückbindung an Rechts- und Wettbewerbsprinzipien und der Durchsetzung rechtsstaatlicher Verfahren (der »rule of law«) eine größere Aufmerksamkeit zuteilwird. Der Markt wird für Foucault zu einem Ort der »Veridiktion« (ders. 2006), des Wahrsprechens, an dem sich erweist, was gutes Regierungshandeln von schlechten Varianten unterscheidet.

Trat die Regierung im 18. Jahrhundert noch in Anlehnung an die Physiokraten als naturalistisch auf[14], wird mit dem Aufkommen des Neoliberalismus der Chicago School sowie dem Ordoliberalismus die *performative* Herstellung der Freiheit zentral. Foucault zeichnet für den Ordoliberalismus der Freiburger Schule nach, dass diese den Staat als starken politischen Gestalter eines wirtschaftlichen

14 Diese Ansicht hat Vogl (2015) zuletzt bezweifelt und als Ausdruck einer weiter zurückreichenden »seignoralen« Machtkonstellation rekonstruiert.

Ordnungsrahmens (»ordo«[15]) und obersten Wettbewerbshüter in Form unabhängiger Kartellbehörden konzipiert. Auf dem Wege konstituierender und regulierender Prinzipien[16] sollten wirtschaftliche Effizienz mit politischer und wirtschaftlicher Freiheit verbunden werden, um so den grassierenden planwirtschaftlichen Erwägungen als auch einen Laissez-Faire-Kapitalismus hinter sich zu lassen (Eucken 1989, 1990 [1939, 1952]). Eine so verstandene Wirtschaftspolitik folgt dem Primat einer *staatlich garantierten* Wettbewerbsordnung, der Staat agiert in Funktion einer »strikten Marktpolizei« (Rüstow). Gesellschaften werden so dem Wettbewerbsprinzip einerseits gänzlich unterworfen, andererseits soll der Staat für faire Wettbewerbsbedingungen eintreten, um Freiheit und Wohlstand gleichermaßen zu ermöglichen. Führende ordoliberale Ökonomen (wie Eucken, Müller-Armack, Röpke, Rüstow) hatten auch maßgeblichen Anteil an der Konstruktion eines »Rheinischen Kapitalismus« (Albert 1991) und der von Ludwig Erhard popularisierten »Sozialen Marktwirtschaft«, die mit einer fast zwei Jahrzehnte währenden wirtschaftlichen Prosperität in Verbindung gebracht wird und sich als »Wirtschaftswunder« in das nationalstaatliche Kollektivgedächtnis der BRD eingebrannt hat. Ein umstrittenes Erbe, das – nach Dahrendorfs Verkündung vom Ende des »sozialdemokratischen Zeitalters« – der Schröder-SPD sowie Tony Blairs Labour Partei Anfang der 2000er Jahre den »dritten Weg« (Giddens 1999, siehe auch das sog. Schröder-Blair-Papier) der Agenda 2010-Politik bzw. *New Labour* ebnete und bis heute in Grundsatzprogrammen führender Parteien (allen voran der CDU) und Lobbyagenturen wie der »Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft« (Molzberger 2010; Rodenstock 2001; Speth 2004;) weiter fortlebt.[17] Die Regierungstechniken, die hiermit angesprochen sind, setzen also vor allem auf das Prinzip des *Wettbewerbs*. Der Staat erzeugt in dieser Konstellation die relevanten Wettbewerbsregeln und –verfahren und überwacht deren Einhaltung. Der Markt hingegen wird letztgültig als effizient koordinierendes »Entdeckungsverfahren« (Hayek) inthronisiert, auf dem das Individuum als innovativer »Unternehmer seiner Selbst« (Bröckling 2007, mehr hierzu unter 2.2.4) und rationaler Problemlöser angerufen wird.

---

15 Die Wurzeln des Begriffs liegen in religiös-metaphysischen Erwägungen eines Thomas von Aquin begründet.

16 Unter konstituierenden Prinzipien wird ein funktionierendes Preissystem auf Grundlage von offenen Märkten, das Primat der Währungspolitik, Privateigentum, Haftung, Vertragsfreiheit und eine konstante Wirtschaftspolitik verstanden. Regulierende Prinzipien sind Maßnahmen der Monopolkontrolle, Einkommenspolitik, Mindestlöhne im Fall eines »anomalen Arbeitsangebots« sowie die Internalisierung externer Effekte. Vgl. Eucken (1990 [1952]).

17 So heißt es bei Rodenstock (2001: 83) etwa: »In der Wirtschaft gewinnen die selbstbewussten Kräfte an Gewicht, die organisierten Interessen verlieren an Boden. Dieses neue Gleichgewicht gilt es auszutarieren und an die Flexibilität der Globalisierung anzupassen. Damit sind sicher Machtfragen berührt, aber in erster Linie ist es eine Frage der ökonomischen Vernunft. Manches spricht dafür, dass sich die Neue Soziale Marktwirtschaft schrittweise aus ihrer von kollektivistischen Vorstellungen geprägten Vergangenheit löst«.

Eine andere hervorzuhebende Perspektive, lediglich in syntaktischer Nähe zu Foucaults Begrifflichkeit verortet, hat die *Governance*-Forschung entwickelt. Aus einer Kritik an interventionistischen Staatsauffassungen hervorgegangen, ist sie insbesondere in politikwissenschaftlichen und von dort ausgehend auch in ökonomischen sowie verwaltungs- und sozialwissenschaftlichen Diskursen etabliert worden. Hier steht nicht die Machtanalyse unterschiedlicher historischer Gesellschaftsformationen im Vordergrund, sondern die Frage nach den Möglichkeiten gesellschaftlicher Ordnungsbildung durch *Selbstorganisation* (vgl. z.B. Mayntz/Scharpf 1995; Mayntz 2009; Schuppert 2005 für einen Überblick). Es kommen einerseits ganz unterschiedliche Mechanismen – Hierarchie bzw. Organisation, Markt, Gemeinschaft, Netzwerk – als Koordinaten und andererseits »Formen der absichtsvollen Regelung kollektiver Sachverhalte« (vgl. Mayntz 2009: 8) in Betracht. Das Problem der adäquaten Erfassung des Verhältnisses von Markt, Staat bzw. Gesellschaft verschiebt sich so – auch für Fragen der Ökonomisierung – von einer gesellschaftstheoretischen Ebene auf das komplexe Verhältnis unterschiedlicher Koordinationselemente.[18] Governance wird einerseits verstanden als »intra-organizational issue of control and motivation in which working practices must be made more sensitive to customers, more outward looking in orientation and in which systems of control require constant vigilance and improvement« (Power 1997: 41). Die »absichtsvolle Regelung kollektiver Sachverhalte« schlägt sich so besehen innerhalb von Organisationen nieder, die ihre Strukturen so entwickeln *sollen*, das Arbeitspraktiken einer fortlaufenden, auf *Effizienzverbesserung* zielenden Kontrolle mit Blick auf relevante Anspruchsgruppen (bspw. in Form von Kundenwünschen, politischen Steuerungsanreizen und Erwartungen von Stakeholdern) unterzogen und diesen gegenüber responsiver werden können.

Andererseits erscheint Governance damit auch als »System der wechselseitigen Beobachtung von Organisationen« (Baecker 2019). Die gegenseitige Beobachtung führt zu einer komplexen Konditionierung zwischen Organisationen, womit allerdings die governancetheoretische Vorstellung eines effizienzorientierten Zugriffs kollektiv formulierter *Absichten* in Form von Regeln auf organisationale Strukturen und Praktiken in Zweifel gezogen wird. Die Rolle von Organisationen ist deshalb so bedeutsam und kontrovers, da jene auf unterschiedliche Bedarfe und Interessen hin zugeschnitten werden können: in Form von erwerbswirtschaftlichen Unternehmen, staatlichen Behörden, Krankenhäusern, politischen Parteien, Interessenverbänden oder Non-Profit-Organisationen bilden sie die Heterogenität moderner Gesellschaften eindrücklich ab. Andererseits aber entwickelten sie sich in Differenz

---

18 Es wird unter 2.2.1 noch kritisch diskutiert, wie eine solche Governance-Perspektive als Entwurf für gesellschaftliche Ökonomisierung, vorgelegt von Uwe Schimank und Ute Volkmann, aussieht.

zu anderen Einrichtungen – Märkten, Netzwerken, Nationalstaaten oder Gemeinschaften –, weisen also trotz enger Beziehungen zu diesen eine eigene Logik und Praxis auf, mit der sie sich gerade von externen Zugriffen abzuschirmen suchen. Nationalstaat, Wirtschaft und Gesellschaft zerfallen so in unterschiedliche Agenturen spezifischen Zuschnitts, deren komplexes Zusammenspiel als Governance-Regime untersucht wird.

Organisationen wird im weiteren Verlauf der Arbeit besondere Aufmerksamkeit zuteil, da hier – so eine der zentralen Thesen – wesentliche Einsichten zum Begriff und Prozess der Ökonomisierung zu erlangen sind (vgl. Kette 2019). Bevor Organisationen in aller Ausführlichkeit diskutiert werden, muss auf eine differenztheoretische Konzeption von Ökonomisierung abgestellt werden, die die Existenz *autonomer* gesellschaftlicher *Werte* ausreichend berücksichtigt und in Beziehung setzt zu einem Verständnis des Ökonomischen als *kalkulative Praxis* von *Zahlen und Recheninstrumenten*. Der These von Polanyi über die Auflösung (»disembedding«) von Gesellschaft in einem übergreifenden marktwirtschaftlich-kapitalistischen System (»Marktgesellschaft«) wird die Annahme von Gesellschaft als Komplex aus differenzierten Teilbereichen mit jeweils eigenen Wertbezügen entgegengehalten.[19] Eine weitere These ist, dass sich Ökonomisierung weder in funktionalistischen Machtanalysen (Foucault), noch in institutionalisierten Regelungsmechanismen nach dem Governance-Modell erschöpft, auch wenn insbesondere in Foucaults Arbeiten die Bedeutung von Recheninstrumenten für die Ordnungsbildung in modernen Gesellschaften zum Tragen kommt. Es wird daher im Laufe der Argumentation der Frage nachgegangen, wie eine Theorie aussehen könnte, die »wirtschaftliche Phänomene im Kontext sittlicher Vorstellungen von Gerechtigkeit, Gleichheit, Freiheit und Effizienz beleuchtet« (Beckert 2012: 25), dabei aber nicht in physiokratische Vorstellungen eines Joseph Townsend, noch in eine »Vorsehungsökonomie« (Latour 2014) bzw. Sozialontologie der unsichtbaren Hand à la Smith zurückfällt. Bevor in Kapitel 3 und 4 hierzu der metatheoretische Rahmen umfassender dargelegt wird, gilt es im nächsten Unterkapitel genauer zu untersuchen, welche zentralen differenztheoretischen Prämissen gegeben sein müssen, damit Ökonomisierung als ein Phänomen zwischen Werten (Autonomie) und Berechnungen bzw. Zahlen (Kalkulation) beschrieben werden kann.

---

19 Siehe exemplarisch hierzu Luhmann (1998: 776-778), der dort (ebd.: 780) den Thesen Polanyis und der daran anschließenden Diskussion (mit Blick auf Granovetter 1985) um das Verhältnis von Ein- und Entbettung (»embedding« und »disembedding«) den Begriff der strukturellen Kopplung entgegenhält. Moderne Gesellschaften strukturieren sich daraufhin durch mit Autonomie versehene Funktionssysteme, die aus dem Verhältnis von operativer Schließung und strukturueller Kopplung zwischen sozialen Systemen auf Grundlage der Differenz von System und Umwelt hervorgehen. Mehr hierzu im nächsten Unterkapitel 2.2.1.

2.2 Prämissen der Analyse einer gesellschaftlichen Ökonomisierung

Wie soeben argumentiert wurde, reichen weder die Konvergenzthese (im Sinne einer »Marktgesellschaft«) noch das machtanalytische Instrumentarium von Foucault und der institutionalistische Governance-Blick auf liberale Regierungstechniken aus, um an dieser Stelle bereits zu einem gesättigten Verständnis von Ökonomisierung zu gelangen. Um nicht voreilig eine Position zu beziehen, gilt es nun, Prämissen zu formulieren, die es erlauben, den Gegenstand der gesellschaftlichen Ökonomisierung aus Sicht der an ihr beteiligten *Zahlen, Recheninstrumente und kalkulativen Praktiken* genauer zu umreißen. Hierzu wird in diesem Abschnitt der Beitrag folgender Aspekte herausgearbeitet: Aus vorliegender Sicht – in Übereinstimmung mit den oben bereits andiskutierten differenztheoretischen Überlegungen – setzt eine Analyse gesellschaftlicher Ökonomisierungsvorgänge voraus, dass (1) ein Element markiert werden kann, welches über eine gewisse *Autonomie* verfügt. Weiter brauch es (2) die Vorstellung und Zuschreibung von *Vernunft und Rationalität*, mit der Prozesse gesellschaftlichen Wandels in Zusammenhang mit Ökonomisierung imprägniert werden. Sind beide Aspekte gegeben, werden die Vorgaben schon konkreter: es brauch (3) Instrumente und Vorrichtungen, die das autonome Element *quantitativ erfassen* und es erlauben, unter gewissen Gesichtspunkten zu *vergleichen*. Ist dies gegeben, erscheint es plausibel anzunehmen, dass (4) *spezifische betriebs- und volkswirtschaftliche Praktiken der Kalkulation* zum Einsatz kommen, die helfen, das autonome Element rechnerisch zu erschließen. Was hier bereits schon anklingt, ist die Annahme, dass diese vier Prämissen nicht auf ein Verständnis von Ökonomisierung hinauslaufen, dass von Konvergenz oder Einbettung ausgeht, sondern auf Verhältnisse gesellschaftlicher Differenz zwischen Autonomie und Kalkulation abstellen.

2.2.1 Autonomie

> »Being autonomous is usually taken to mean being self-governing in one way or another; an autonomous state is one in which a person's will is genuinely *their own*.«
>
> »How can agents be genuinely self-governing in the face of the physical and social forces in which they are embedded, and which appear to determine their states and capacities?« (Stoljar 2001: 1009f., Hervorhebungen im Original)
>
> »Entscheidend für die Autonomie sind Prozesse der Überlegung, der Reflexion, und der Artikulation – Prozesse, die sich einer auch nur partiellen Reduktion auf Daten, erhoben aus der Beobachterperspektive, entziehen.« (Rössler 2018: 175)

Die folgenden Ausführungen gründen also auf der Einsicht, dass eine gesellschaftliche Ökonomisierung nur dann untersucht werden kann, wenn die differenztheoretische Annahme einer in *relativ* autonome Teile differenzierten Gesellschaftsstruktur gilt. Anders ausgedrückt: Um eine »Grenzverletzung« (Peetz) oder »Intrusion« (Bourdieu) zu beobachten, müssen intakte Grenzen und damit voneinander unterscheidbare Gesellschaftsbereiche mit ausreichend stabilen *Wertbezügen* vorausgesetzt werden. Ökonomisierung bedeutet dann, dass wirtschaftliche Aspekte in Bereichen aktiv sind, in denen dies zuvor nicht (oder nicht in einem gewissen Ausmaß) der Fall war. Die zuvor (analytisch) gezogenen Grenzen werden in der Folge verwischt oder ganz aufgehoben. So werden mit Verweis auf den ebenfalls äußerst vieldeutigen, bis zum »Rande des Verschwörungstheoretischen« (Lessenich 2008: 13) verwendeten Begriff des *Neoliberalismus* häufig global agierende multinationale Konzerne, Finanzmarktakteur*innen und politische Institutionen adressiert, deren Verflechtungen wiederum aus elitentheoretischer Perspektive als *Entgrenzung* von Politik, Ökonomie und Gesellschaft (Pohlmann 2013; Hessinger/Pohlmann 2017) oder politikwissenschaftlicher Perspektive als »Postdemoraktie« beschrieben werden (Crouch 2008). »Neoliberale Reformen« werden aber auch konkret in Bezug gesetzt zu neuen Arbeits- und Beschäftigungs-

formen (z.B. als »unternehmerisches Selbst« bei Bröckling 2007; »Projekt-Polis« bei Boltanski/Chiapello 2003; »flexibler Mensch« bei Sennett 1996; »Arbeitskraftunternehmer« bei Voß/Pongratz 1998), die ebenfalls als grenzüberschreitend oder gar entgrenzt gelten, da sie die Trennung zwischen Berufs- und Privatleben auf einer persönlichen Ebene hintergehen.

Das ökonomische Imperative sich verbreiten können, funktioniert also nur, wenn die moderne Gesellschaft nicht per se als »Marktgesellschaft« definiert wird, sondern sich Wirtschaft etwa als eigenständiges »funktionales Teilsystem« (vgl. Luhmann 1996) der Gesellschaft ausdifferenziert hat. Einschlägige Differenztheorien verstehen Gesellschaft demnach als »polyzentrisch« (ders.), sie gehen davon aus, dass der modernen Gesellschaft ihre Mitte, ihr Zentrum oder zentraler Bezugsrahmen abhandengekommen ist. Vielmehr setzt sie sich in dieser Lesart aus mehreren, eigenlogischen »Wertsphären« (Weber), »Funktionssystemen« (Luhmann), »Rechtfertigungsordnungen« (Boltanski/Thévenot), »Feldern« (Bourdieu) oder »Existenzweisen« (Latour) zusammen, die in einem gewissen (unterschiedlich konzipierten) Austauschverhältnis zueinanderstehen. Diese differenztheoretische Prämisse eint alle theoretischen Positionen und hebt sie etwa von Gesellschaftsentwürfen des Marxismus und der Kritischen Theorie der Frankfurter Schule ab, die Gesellschaft als *Totalität* denken. Hier wird ein übergreifendes Konstitutionselement innerhalb der Gesellschaft ausgemacht, das sämtlichen gesellschaftlichen Erscheinungen, Sinnformen, Praktiken und Beziehungen ihr Gepräge aufzwingt (siehe Mohan 2018 für eine von diesem Gedanken und dem Adorno'schen Denken in Konstellationen inspirierte Studie zur Ökonomisierung im Krankenhaus). Diesen totalen Zusammenhang – etwa die Annahme von Gesellschaft als absolutem Ausdruck einer warenförmigen, kapitalistischen Produktionsweise (bzw. das Basis/Überbau-Schema bei Marx) – lehnen die nun diskutierten Ansätze ab. Gleichzeitig steht eben genau diese fundamentale, differenztheoretische Annahme in Frage, wenn Ökonomisierung als *Grenzüberschreitung* verstanden wird. Die Frage wird dann in einigen Untersuchungen dahingehend beantwortet, das *Maß* an Ökonomisierung zu bestimmen oder aber überzeugende theoretische Erklärungen und empirische Erkenntnisse dafür zu liefern, wie der Zusammenhang von sozialer bzw. gesellschaftlicher Autonomie und Ökonomie so gedacht werden kann, dass beides zugleich möglich erscheint.

Zunächst wird nun der wohl prominenteste Vorschlag zur differenztheoretischen Analyse von Ökonomisierung herangezogen, wie er von Uwe Schimank und Ute Volkmann (2008, 2017; sowie Schimank 2006, 2009, 2010) vorgelegt wurde. Beide definieren Ökonomisierung als »*Bedeutungszuwachs ökonomischer Kosten- und Gewinn-Gesichtspunkte* für gesellschaftliches Handeln« (dies. 2017: 10, Hervorhebung im Original). Der Entwurf erscheint zunächst plausibel insbesondere deshalb, weil erstens in der Definition bereits ein Verständnis des Ökonomischen als *relationales Verhältnis von Recheneinheiten*, genauer: Gewinn- und Verlust-Rechnungen, zum

Ausdruck kommt, das weiter von Interesse sein wird. Zweitens, weil in der Annahme, es handele sich um einen »Bedeutungszuwachs«, auch die Möglichkeit einer Abnahme entgegensteht, es sich also bei beim Phänomen der Ökonomisierung nicht um einen Eiskanal handelt, der nur eine Richtung kennt und seine Insassen stets *beschleunigt*, sondern mit wechselvollen »Ökonomisierungsdynamiken« (wie es der Titel des Buches von 2017 schon sagt) zu rechnen ist.

Die beiden Autoren präzisieren ihren Ansatz als Interesse für die »*Ökonomisierung des Nicht-Ökonomischen*« (ebd.: 11, Hervorhebung im Original), womit sie Gesellschaftsbereiche meinen, deren Funktion nicht *primär* wirtschaftlich (an den oben genannten Kosten- und Gewinnaspekten) orientiert ist. Sie grenzen sich damit von Ansätzen ab, die eine innerwirtschaftliche »Ökonomisierung des Ökonomischen« (ebd.: 10; oben als zugehörig zu einem »interioren Strang« gekennzeichnet) zum Gegenstand haben, auch weil sie zunächst dezidiert im Sinne einer systemtheoretisch begründeten, funktional differenzierten Gesellschaftstheorie danach fragen, wie solche Grenzüberschreitungen – zumal einseitig und mit besonderer Stärke aus Richtung der Wirtschaft – zwischen als autonom konzipierten Funktionssystemen überhaupt möglich und auf Dauer gestellt sein können. Die Erforschung von Ökonomisierungsdynamiken läuft dann auf eine Infragestellung der primären »Leitunterscheidung« (Luhmann) – der binären Codierung – des jeweiligen Funktionssystems hinaus.[20] Ein »Ökonomisierungsschaden« (ebd.: 13) ergibt sich, wenn die primäre *Referenz* eines Funktionssystems (z.B. das wissenschaftliche Streben nach Wahrheit, die politische Herbeiführung kollektiv bindender Entscheidungen oder die ärztliche Behandlung zur Schmerzlinderung oder Heilung eines Kranken) im Zuge der Aufwertung von wirtschaftlichen Kosten-/Nutzen-Kalkülen *sekundarisiert* wird. Die primäre Orientierung eines Funktionssystems träte so hinter ökonomische Kalküle zurück, obwohl dies aus systemtheoretischer Sicht nicht vorgesehen ist. Die Politik erscheint dann im offensichtlichsten Fall als von Wirtschaftsinteressen korrumpiert, wenn politische Entscheidungen sich als an Geldzahlungen und auf die Generierung von Kapital orientiert darstellen. Wissenschaft verliert dann seine Wahrheitsorientierung, wenn Forschung nicht mehr

20 Einen anderen Weg, der hier nicht weiterverfolgt wird, hat Franz Kasper König (2007) vorgeschlagen. Er will die Systemtheorie mit Hilfe einer begrifflichen Innovation für Ökonomisierungsphänomene öffnen. Über den Begriff der Nebencodierung soll Ökonomisierung gleichsam in die jeweils intern stattfindende operative Systembildung integriert werden. Als »generative Metaphern« modulierten sie nach dem Vorbild eines Analog-Digital-Wandlers das, was in der Umwelt der Systeme geschehe und aus interner Sicht nur Rauschen produziere bzw. als Nicht-Information behandelt werden könne, in Form einer anschlussfähigen Kommunikation. Gleichsam als »produktiver Fehler« (ebd.: 54) fänden wirtschaftliche Anforderungen als Nebencodierung Eingang in die operative Systembildung. Diese paradoxe Figur stellt darauf ab, dass Primär- und Nebencodierung systemintern so rückgekoppelt und temporalisiert werden, dass eine Paradoxieentfaltung möglich wird.

an Wahrheitskommunikation orientiert ist, sondern als Auftragsforschung Ergebnisse verlautbart, die im Voraus durch die Financiers festgelegt wurden.

Um dies zu untersuchen, nehmen die Autoren (vgl. Schimank/Volkmann 2008: 382) forschungspraktisch eine Mehrebenen-Perspektive im Sinne der oben bereits kurz skizzierten *Governance*-Forschung ein: auf der gesellschaftstheoretischen (Makro-)Ebene sollen gesellschaftliche »Teilsysteme« nach der Luhmann'schen Theorie funktionaler Differenzierung in Verbindung mit der von Bourdieu entwickelten Theorie sozialer Felder untersucht werden. Diese Ebene soll dann in einem zweiten Schritt mit Hilfe des »Akteurszentrierten Institutionalismus« (Mayntz/Scharpf 1995) auf die Meso-Ebene der »Regelungsstrukturen« von Organisationen und Mikro-Ebene der individuellen »Leistungsstrukturen« sowie den dort angesiedelten »Berufsrollen als Ethos der eigenen Praxis« (Schimank/Volkmann 2017: 13) bezogen werden. Überraschenderweise fallen hier das »Selbstverständnis der Organisationen und ihrer Rollenträger« (ebd.) definitorisch in eins. Exemplarisch wird eine fehlende Deckungsgleichheit im Selbstverständnis der ›guten‹ Organisation Krankenhaus und des ›guten‹ Arztes sogleich als »ultimativer Ökonomisierungsschaden« (ebd.) ausgewiesen.

Dem steht allerdings eine systemtheoretische Konzeption von Organisation entgegen, die diese begreift als »Treffraum für die unterschiedlichen Funktionssysteme, ohne daß deren systemeigene Autopoiesis dadurch eingeschränkt würde« (Luhmann 2000: 398). Organisationen gelten hier gerade als eigenlogische soziale Systeme, die weder mit ›ihren‹ Funktionssystemen, erst recht nicht mit ›ihren‹ Mitgliedern in eins gesetzt werden können. Wie später noch zu sehen sein wird (siehe 3.3.3 und 3.3.4), verortet Luhmann in seiner Organisationstheorie Menschen in der Umwelt von Organisationen. Für sie wird organisationsintern lediglich die Chiffre der *Person* verwandt, die als Autor, Adresse und Thema in Kommunikationen prozessiert wird. Sie dient als Entscheidungsprämisse von Organisationen, da sie ein Ordnungsmuster darstellt, das hilft, »eine Menge von Situationen« (Luhmann 2007: 285) zu organisieren. Dieser Kniff erlaubt es Organisationen, *»die Einheit von Individuum und Person als operative Fiktion«* (ebd.: 90, Hervorhebungen im Original) zu behandeln und von den Einstellungen und Motiven der einzelnen Individuen zu abstrahieren. In dieser Perspektive ist der Wert- und Praxismaßstab eines Arztes – Patient*innen unabhängig von ökonomischen Vorgaben im Rahmen professionell bestimmter Grenzen zu behandeln – nur *eine* von mehreren in der Organisation stets präsenten, mitunter widerstreitenden oder gar inkommensurablen Anforderungen, deren *Verhältnis* durch organisationale Entscheidungen immer wieder neu bestimmt wird (vgl. Jansen/Vogd 2013).

Schimank und Volkmann wenden sich hier von einem strikt systemtheoretisch geleiteten Organisationsbegriff nicht nur ab, sondern verlegen den Fokus durch ihren Rekurs auf Bourdieus Feldbegriff vielmehr auf eine sozialräumliche Ebene. Organisationen werden hier lediglich als Produkte von »objektiven Relationen zwi-

schen Positionen« (Bourdieu/Wacquant 1996: 127) begriffen und so ihrer Eigenlogik beraubt, da sie einem »Ensemble von relativ autonomen Spiel-Räumen« (ebd.: 37) subsumiert werden (vgl. auch Beckert 2012). Bourdieu konzipiert mit seiner Feldtheorie Gesellschaft als Spiel zwischen Akteur*innen, die um soziale Positionen innerhalb unterschiedlicher Felder (Recht, Politik, Ökonomie, Kunst, Bildung etc.) konkurrieren. Er fragt nach der »Struktur der Distribution der verschiedenen Arten von Macht (oder Kapital)« (Bourdieu/Wacquant 1996: 127), zu der Akteur*innen situativ in einem spezifischen Feld Zugang haben und deren Kapazitäten, »Widerstand zu leisten« (Schimank/Volkmann 2017: 13). Hierüber lassen sich Felder zwischen einem »autonomen« und einem »weltlichen« bzw. »heteronomen« Pol verorten. Der »autonome« Pol steht – analog zur operativen Autonomie der Funktionssysteme bei Luhmann – für symbolische Kapitelformen, die auf der gegenseitigen Anerkennung von Akteuren in der Verteidigung feldspezifischer Werte gründen, während der »weltliche« bzw. »heteronome« Pol auf der »Anerkennung durch die Menge« (Bourdieu 1996: 108) in Form ökonomischen Kapitals beruht und das Ökonomische somit als Logik der *Vermassung* ausweist. Bourdieus Feldtheorie und Ökonomie der Praxis wird später noch genauer besprochen (siehe 3.2).

Hier ist zunächst weiter auszuführen, dass Schimank und Volkmann Bourdieus Ökonomie der Praxis heranziehen, um eine siebenstufige »Ökonomisierungsskala« (ebd.: 35) vorzulegen, die angegeben soll, ob und inwiefern die autonome Eigenlogik der Felder, in dem die Leistungsproduzent*innen um Anerkennung streiten, *mehr oder weniger* durch Kosten-Nutzen-Kalkulationen überformt wird. Die sieben Stufen verlaufen aufsteigend von vollständig autonomen, von jedem Kostenbewusstsein befreiten (1) über mit fixen Verlustgrenzen konfrontierten (3) oder mit »Mischkalkulationen« (ebd.: 43) balancierenden (5) bis hin zu vollständig ökonomisierten, auf Gewinnmaximierung gerichteten Praktiken (7) der Akteur*innen. Mittels dieser Ordinalskala lassen sich einerseits die oben beschriebenen Ökonomisierungsdynamiken innerhalb nicht-ökonomischer Bereiche untersuchen und andererseits Vergleiche zwischen diesen anstellen.

Die zweifelsfrei sehr nützliche Skala kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die zugrundeliegende Theoretisierung einige wichtige Aspekte von Ökonomisierung ausspart. Die Übernahme des aus der Politikwissenschaft stammenden »Akteurszentrierten Institutionalismus« und der daraus sich ableitende Blick auf Governance-Regime (siehe oben 2.1.2), hat eine Reduktion von Organisationen auf »teilsystemische Regelungsstrukturen« (Schimank/Volkmann 2008: 387) zur Folge, die die Vernachlässigung der Eigenlogik von Organisationen für solche Prozesse nach sich zieht (vgl. Kette 2019; Peetz 2014; Vogd 2011a). Darüber hinaus ist es vor allem die *Praxis* der Ökonomisierung selbst, die nur einseitige Berücksichtigung findet. Dem konstatierten »Bedeutungszuwachs *ökonomischer Kosten- und Gewinn-Gesichtspunkte*« wird nämlich auf der Mikro-Ebene anhand individueller »Leistungsstrukturen« nachgegangen, die

Akteure sogleich als »Leistungsproduzenten« konzipiert und die Untersuchung darauf ausgerichtet, die »denkbaren Kosten als auch den erwarteten Nutzen der Ökonomisierung« (Schimank/Volkmann 2008: 389) zu evaluieren. Die Autoren lassen hier wenig analytische Distanz zum einschlägigen Diskurs um New Public Management und einer effizienzbasierten Definition des Untersuchungsgegenstands erkennen, wenn sie sich den Ökonomisierungsprozessen über eine Kosten-Nutzen-Bewertung nähern. Sie sitzen hier der zweckrationalistischen Selbstbeschreibung eines Governance-Regimes auf, das Ökonomisierung als rein technisches, berechenbares Mittel zur Ausschöpfung von Effizienzpotenzialen rahmt.

Teilweise wird diesem Umstand im Rahmen der Ökonomisierungsskala auch Rechnung getragen, etwa wenn zu Stufe 7 bemerkt wird, dass es »längst nicht immer […] zu einer vollendeten ›feindlichen Übernahme‹ des Künstlerischen, Sportlichen, Pädagogischen oder Medizinischen durch Gewinnmaximierungsbestrebungen« kommt, »denn es ist oftmals gerade zur Gewinnmaximierung funktional erforderlich, dass die jeweilige nichtwirtschaftliche Leitorientierung in gewissem, und zwar nennenswertem, Maße zur Geltung kommt. Paradox formuliert: Um Gewinnmaximierung erzielen zu können, muss sich die Gewinnmaximierung ein Stück weit selbst zurückhalten. Gewinnmaximierung ist hier auf Seiten der Leistungsproduzenten ein ›state that is essentially a by-product‹ (Elster 1983).« (Schimank/Volkmann 2017: 46) Am Beispiel des Krankenhauswesens zeige sich, dass »nur eine Klinik, die sich den Ruf erwirbt, den Patienten spürbar – und zwar besser als andere Kliniken – zu helfen, […] auf zahlungsbereite Nachfrage hoffen« (ebd.) könne. Neben der Abstraktion von den tatsächlichen Bedingungen des deutschen Gesundheitssystems,[21] wird hiermit außer Acht gelassen, wie sich überhaupt feststellen lässt, dass manche Kliniken »spürbar« bessere Behandlungen durchführen. Es wird schlichtweg auf die jeweilige Zuschreibung abgestellt, dass dies der Fall ist. Ökonomisierung erschöpft sich allerdings nicht in kommunikativen Zuschreibungen (als Patient*innenmarketing oder in Form von Krankenhausratings, siehe zu letzteren Dorn 2018), sondern steht in einer Beziehung zu den Orientierungen und Handlungsvollzügen der »Leistungsproduzenten«. Dass hier eine Kommensurabilität zwischen einer ärztlichen Orientierung an der bestmöglichen Patientenbehandlung und einer ökonomischen Strategie der (relativen?) Gewinnmaximierung für möglich erachtet wird, soll nicht bestritten werden. Allerdings wäre es zunächst ratsam, zu fragen, wie sich professionelle bzw. nicht-ökonomische Orientierungen in der Praxis überhaupt darstellen.

21 Patienten im deutschen Gesundheitssystem sind per definitionem keine zahlungsbereiten Nachfrager, sondern Versicherungsnehmer, die auf einen gesetzlich festgelegten, pauschal vergüteten medizinisch-pflegerischen Behandlungskatalog zugreifen. Mehr dazu in Kapitel 4.

An der zunächst bloß beispielhaften Diskussion von Ökonomisierungsvorgängen im Krankenhauswesen lassen sich – wie im Laufe der Arbeit weiter auszuführen sein wird – grundsätzliche Einsichten in derartige Prozesse gewinnen. Um das Handeln von Ärzt*innen nicht gleich schon auf zweckrationale Leistungs- und Effizienzdimensionen verengen zu müssen, ist es lohnenswert, nach der *Quelle der Autonomie der Handelnden* zu fragen. Diese wird für professionelle Berufsgruppen – etwa der Ärzt*innenschaft – häufig in einer auf eigenen »jurisdictions« beruhenden »occupational control« (Abbott 1988, Evetts 2013) gesehen, die in Konkurrenz zu anderen sozialen Anspruchsgruppen interessenpolitisch verteidigt wird oder gar einer »third logic of professionalism« (Freidson 2001, hierzu mehr unter 4.1.2) überantwortet, die der Staat garantiert, aber nicht selbst (noch der Markt) hervorbringen kann. Aus einer systemtheoretischen Sicht können Professionen als autonome Einrichtungen des »people processing« begriffen werden, wonach *»Probleme der personalen Umwelt des Gesellschaftssystems«* (Stichweh 1992: 42, Hervorhebung im Original) *jenseits medialisiert-technischer* Lösungsvorgaben binär codierter Funktionssysteme auf Grundlage eines professionell bestimmten Interaktionsvollzugs zwischen Professionellen und Laien bzw. Klient*innen bearbeitet werden. Professionelle agieren hierbei autonom, da sie die unmittelbaren Krisen der Klient*innen aufgreifen und so mit dem »Problem der Vermittlung lebenspraktischer Autonomie mit universalistsichen Geltungskriterien konfrontiert sind« (Wernet 1997: 275, zit. n. Pfadenhauer/Sander 2010: 365, siehe auch Oevermann 1996). Mit Vogd (2004; 2017a) lässt sich professionelle Autonomie darüber hinaus als eine *Praxis des Entscheidens unter Unsicherheit* konzeptionalisieren, die inkommensurable Reflexionslogiken und Rationalitäten unter Rekurs auf ein spezifisches theoretisches und handlungspraktisches Wissen immer wieder neu zusammenbindet.[22] All diese Positionen vereint, dass sie die Quelle professioneller Autonomie nicht in der vermeintlichen Exzellenz ihres von einem Governance-Regime oder einer einzelnen Organisation bestimmten Leistungsoutputs verorten. Schimank/Volkmann hingegen setzen eine »übergreifende Effizienz- und Effektivitätssteigerung teilsystemischer Leistungsproduktion«, die der »Ökonomisierungsdruck« als »Aggregationseffekt« nach sich ziehe (ebd.: 389f.), voraus. Während so einer normativen Beschreibung des zu erforschenden Gegenstands anheimgefallen wird, wird analytisch die Chance vertan, zunächst einmal offen zu lassen, *was* Ökonomisierung als *empirischer* Gegenstand

22 Zusammengenommen kommt in der vorliegenden Arbeit somit ein relationales Verständnis von Autonomie (siehe Mackenzie/Stoljar 2000 sowie Stoljar 2001 zu einem durch feministische Studien inspirierten Begriff der »relational autonomy«) zur Anwendung, das die Erzeugung von Autonomie nicht atomistisch als individuell-psychologische Fähigkeit von Akteur*innen versteht, sondern hierfür auf ein »social self« abstellt, wonach Autonomie sich durch implizite Erfahrungen und Praktiken in sozialen Kontexten entwickelt. Siehe Stoljar (2011) für eine kritische Anwendung des Konzepts auf Fragen der Interaktion zwischen Ärzt*innen und Patient*innen im Sinne des »informed consent«.

überhaupt sein könnte und *wie*, d.h. mit welchen Mitteln und Praktiken (professioneller wie kalkulativer Art) der Bedeutungszuwachs des Ökonomischen mit welchen Auswirkungen, die nicht zweckrationaler Natur sein müssen, vollzogen wird (mehr dazu im Kapitel 3.3). Im Rahmen von Ökonomisierungsvorgängen wäre dafür zunächst eine sensiblere professionstheoretische Sicht einzunehmen, die das praktische Handeln und das fachliche Wissen von Professionellen nicht gleich als Ausdruck einer allzu offensichtlichen (formalen oder binären) Funktions- oder Effizienzlogik glättet, sondern offen dafür bleibt, welche Formen empirisch im Rahmen einer professionellen Praxis in Organisationen zu beobachten sind (siehe z.B. Vogd 2002, 2008 sowie unter 4.1.2).

Um sich nun einen Schritt von zweckrationalen Bestimmungen von Ökonomisierung zu entfernen, wird zunächst ein Vorschlag von Pascal Geißler (2016) diskutiert, der eine für die vorliegende Arbeit richtungsweisende Konzeption von Ökonomisierung vorgelegt hat. Er verknüpft Ökonomisierung zunächst mit Techniken der »Kalkularisierung« und stellt somit die Ausbreitung von *Berechnungspraktiken* als Gesellschaftsdiagnose in den Vordergrund der Analyse (mehr hierzu unter 2.2.4). Geißler bezieht mit seinem Verständnis von Kalkularisierung als *Technik* eine explizit (vgl. ebd.: 77-80) neutrale Beobachtungsperspektive, da in seinen Augen Technik per se kein spezifischer Zweck innewohnt und sie daher grundsätzlich als *open device* zu verstehen ist. Kalkulationen seien »künstlich eingerichtet, weil zunächst einmal Regeln definiert werden müssen, nach denen gerechnet wird.« (ebd.: 77) Diese Regeln liegen bereits in den Grundrechenarten vor, können aber bis hin zur Zergliederung komplexer Sachverhalte in kleinteilige, möglichst eindeutige Rechenvorschriften (Algorithmen) reichen. Dabei erzeugt die Wiederholbarkeit von Berechnungen ihre Stabilität und rückt sie oft in Kontexte, in denen Rechenregeln stabile Ketten nach dem Prinzip von Ursache und Wirkung (Kausalität) bilden sollen. Trotz allem, hält Geißler (ebd.: 79) fest, sind Rechenergebnisse *deutungsabhängig*:

> »Diese Deutung erfolgt im jeweiligen Sinnkontext, in dem die Berechnung stattfindet. Gerechnet wird immer in Handlungskontexten. Diese werden nicht auf die Kalkulation reduziert, sondern um diese erweitert […]. Das Ergebnis einer Kalkulation steht nie für sich; es ist abhängig davon, in welchem Kontext es entsteht, weil in unterschiedlichen Kontexten unterschiedliche Regeln und Konventionen darüber gelten können, wie es zu interpretieren und zu bewerten ist.«

Geißler wählt – ebenfalls mit Rekurs auf Bourdieus Feldtheorie – für seine Analyse der Nutzung bibliometrischer Verfahren den Kontext »Hochschule« und dessen Regeln im Publikationswesen. Er fragt danach, welche Effekte neuartige Kalkulationstechniken zeitigen und ob diese dem wissenschaftlichen Feld zum Vorteil oder Nachteil gereichen, sprich: ob der Einsatz bibliometrischer Kalkulationen das wissenschaftliche Feld eher Richtung Autonomie oder Heteronomie tendieren lässt.

Allerdings operiert auch Geißler aufgrund seiner feldtheoretischen Implikationen ohne spezifischen Organisationsbegriff, auch wenn er die Bedeutung von Organisationen als »Schnittstelle« für feldspezifische Veränderungsprozesse sehr wohl anspricht (vgl. ebd.: 165-172; 216ff.).

Einen differenztheoretischen Entwurf von Ökonomisierung, der die Eigenlogik von Organisationen und Professionen ausdrücklich in seine theoretische Konzeption integriert, hat Thorsten Peetz (2014) vorgelegt. Für Peetz' systemtheoretisch inspirierte Arbeit zeigt sich Ökonomisierung nicht nur auf gesellschafts- oder feld- sondern vor allem auf organisationstheoretischer Ebene, wenn sich »organisationale Zweck- und/oder Konditionalprogramme inhaltlich am Problem der Knappheit oder am Programm der Profitmaximierung orientieren, wenn Kommunikationswege eingerichtet werden, in denen Koordination über die wechselseitige Beobachtung im Medium des Geldes abläuft, wenn Personen von sich und anderen die profitable Nutzung von Ressourcen erwarten oder wenn Stellenstrukturen durch Flexibilisierung dem Programm der Profitmaximierung unterworfen werden« (ebd.: 88).

Am Beispiel von Reformen in der Bildungsorganisation »Schule« identifiziert Peetz zwei grundlegende »Mechanismen der Ökonomisierung«: »Schulentwicklung« und »Quantifizierung«. Schulentwicklung verankert Peetz in den »Arbeitsorientierungen der Schulleitungen«, die zunehmend am »ökonomischen Problem der Knappheit« (ebd. 172) ausgerichtet seien. Dieser Mechanismus erscheint als organisationsinternes Verhältnis, das vor allem an der für systemtheoretische Maßstäbe überraschenden Bedeutung von *Personen* ansetzt, die sich auf Grundlage professioneller Orientierungen über neue »Arbeitsanforderungen« auseinandersetzen. Gleichwohl verweisen die für die Bildungsorganisation Schule spezifisch losen Kopplungen zwischen organisationsinternen »Öffentlichkeiten« (wie den genannten Lehrerräten, Steuergruppen oder erweiterten Schulleitungen), den Erwartungen der Schulleitung und den professionellen Orientierungen des Kollegiums auf organisationsspezifische Effekte, die Ökonomisierungsprozesse (in diesem Fall: abmildernd) bedingen. Quantifizierung hingegen zeige sich als »Produktion vergleichbarer Daten« in Form des Zentralabiturs oder der Pisa-Vergleichsstudien als ›Spiel über Bande‹ (ebd.: 174), das einerseits zur Gefahrenquelle für die Autonomie der Lehrenden gerate, die nun in ihren Leistungen als Bewertungsinstanzen vergleichbar erscheinen und daran gemessen würden. Andererseits gerieten die Daten auch zum Anknüpfungspunkt externer Erwartungen der Umwelt an die Organisation, nämlich seitens der Eltern, die zunehmend darauf ausgerichtet seien, den schulischen Erfolg als Indikator für den späteren Erfolg am Arbeitsmarkt zu werten. Dieses Spiel hänge aber, so Peetz (ebd.: 173, Hervorhebung im Original), auch davon ab, dass »die Sorge um die wirtschaftliche Zukunft der Schülerinnen auf die Bildung der Person bezogen und damit als *ein pädagogisches* Problem aufgefasst wird.«

Hier zeigt sich schön, wie voraussetzungsreich die wissenschaftliche Beobachtung einer organisationalen Praxis ausfällt, anhand derer eine gesättigte Rekonstruktion von Ökonomisierungsprozessen gelingen kann. Quantifizierung, als auch eine an Mittelknappheit orientierte Schulentwicklung, werden nur als Mechanismen der Ökonomisierung nachvollziehbar, wenn gesellschafts-, organisations- und professionstheoretische Aspekte Berücksichtigung finden. Dennoch ist mit Blick auf den methodischen Forschungsansatz von Peetz (vgl. ebd.: 148-151) festzuhalten, dass Ökonomisierungsmechanismen hier mit Hilfe einer *qualitativen Inhaltsanalyse* untersucht und so auf einer rein sprachlichen Ebene zu textbasierten Narrationen, sog. »stories«, verdichtet wurden. Wie Peetz (ebd.: 151, Fußnote 168) selbst bemerkt, können »Beschreibungen, die soziale Systeme über sich anfertigen, Aufschluss darüber geben […], was in ihnen passiert«, gleichwohl lässt sich so nicht zu einer *Ebene der Praxis* durchdringen, die den impliziten Vollzug von Ökonomisierungsprozessen zutage fördert.

Bevor die praxis- wie organisationstheoretische Perspektive dieser Arbeit entwickelt wird, müssen noch drei weitere Prämissen, die ein differenztheoretischen Verständnis von Ökonomisierung bedingen, formuliert werden. Zunächst geht es um eine Kultur der Rationalisierung, wie sie Max Weber paradigmatisch als Kennzeichnen westlicher Gesellschaften herausgearbeitet hat. Anschließend wird der Begriff der Quantifizierung diskutiert, der das Problem verfügbarer Messinstrumente und -objekte betont, die es erlauben, vormals qualitativ verstandene Objekte, Werte und Praktiken vermittels einer spezifischen Beobachtungsperspektive miteinander in Beziehung zu setzen und zu vergleichen. Zu guter Letzt steht der Begriff der Kalkulation im Fokus, der eine spezifische Anwendung technischer Mittel der Berechnung meint, die zur Beobachtung von Ökonomisierungsvorgängen notwendig vorausgesetzt werden müssen.

2.2.2 Rationalisierung

> »Wer Kultur sagt, sagt auch Verwaltung. Ob er will oder nicht. Die Zusammenfassung von so viel Ungleichnamigem wie Philosophie und Religion, Wissenschaft und Kunst, Formen der Lebensführung und Sitten, schließlich dem objektiven Geist eines Zeitalters unter dem einzigen Wort Kultur verrät vorweg den administrativen Blick, der all das, von oben her, sammelt, einteilt, abwägt, organisiert.« (Adorno 1960: 101)

Rationalisierung ist zweifelsfrei in Debatten über Ökonomisierung ein zentraler Aspekt. Zumeist taucht der Begriff im Kontext unternehmerischer Entscheidungen auf, die darauf abzielen, als unwirtschaftlich bewertete »Kostenstrukturen« zu verbessern, womit vielfach verbunden ist, dass Personal abgebaut – wie es dann oft heißt: »wegrationalisiert« – wird. Unternehmen, die derartige »Rationalisierungsmaßnahmen« forcieren, richten ihre Entscheidungen idealtypisch an der Frage aus, welche Mittel geeignet sind, um ein gesetztes wirtschaftliches Ziel bestmöglich zu erreichen. In einer kapitalistischen Wirtschaft werden damit in aller Regel das Effizienz- und Erwerbsprinzip angelaufen, da es sich bei Rationalisierungsprozessen mit Max Weber um die Nutzung von »Gegenständen der Außenwelt und von andren Menschen« als Mittel für »rational, als Erfolg, erstrebte und abgewogene eigene Zwecke« (Weber 1922: 27) handelt. Ein sparsamer Ressourcenverbrauch (»Kosteneffizienz«) ist so besehen nicht als Selbstzweck zu begreifen, sondern ein Mittel, um das rational verfolgte Ziel der Gewinnerwirtschaftung zu erreichen. Im öffentlichen Sektor – etwa im Gesundheitswesen – wird besonders häufig nach Rationalisierung gerufen, da dort besonders große »Effizienzreserven« (vgl. Augurskey et al. 2009[23]) vermutet werden. Die Steigerung von Produktivität und Effizienz dient hier nicht zwangsläufig erwerbswirtschaftlichen Interessen, da sie auch zum Wohle des solidarisch erbrachten Versicherungsrahmens bzw. des staatlichen Finanzhaushaltes als auch zur Steigerung der erbrachten Leistungen eingefordert werden kann (hierzu mehr unter 4.2). Dahinter verbirgt sich zweierlei: zunächst lässt sich in der Aneinanderreihung von Zweck-Mittel-Ketten eine spezifische Form sozialen Handelns erkennen, die Max Weber »zweckrational« nannte. Dies planmäßige, abwägende Hinarbeiten auf ein möglichst günstiges Verhältnis von »Zweck, Mittel und Nebenfolgen« (ebd.) nach Maßgabe »wertrationaler« Gebote oder eigener nach »Dringlichkeit« gestufter Präferenzen (der Idee eines Grenznutzens, siehe hierzu weiter oben bei Walras 2.1.2) ist für Weber jedoch nicht bloß als ökonomisches Rechenexempel zu verstehen, sondern bedeutungsvoller Ausdruck einer hierfür typischen »Verantwortungsethik«. Hierin ist – im Gegensatz zu einer »Gesinnungsethik« – dem ökonomisch handelnden Individuum in seiner praktischen Lebensführung aufgegeben, dass es »für die (voraussehbaren) Folgen seines Handels aufzukommen hat« (Weber 1988: 551, [1919]). Die Verquickung individueller Verantwortung mit einem Typus sozialen Handelns weist somit weit über den methodischen Charakter Webers verstehender Soziologie hinaus, in Richtung seiner »Sozialökonomik« (vgl. Weber 1980 [1922]; Mauer 2010). Für den Kultur- und Wirtschaftsso-

23 Die Studie wurde vom RWI Essen (Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, heute Teil der Leibniz-Forschungsgemeinschaft) in Kooperation mit dem Lehrstuhl für Gesundheitsökonomik der Universität Duisburg-Essen erarbeitet und im Übrigen von der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft in Auftrag gegeben. Siehe zum Hintergrund der Initiative Speth (2004), Molzberger (2010) sowie weiter oben in Kapitel 2.1.2.

ziologen Weber nämlich, stehen Zweck-Mittel-Rationalität und korrespondierende Wirtschafts- und Verantwortungsethik zweitens in Zusammenhang mit der Herausbildung eines »spezifisch gearteten ›Rationalismus‹ der okzidentalen Kultur« (Weber 1986: 10, [1920]), der auf einer gesellschaftlichen Ausdifferenzierung in unterschiedliche »Wertsphären« beruht, die zu neuen Formen der Vergesellschaftung führen.[24]

Den Einfluss des Rationalismus[25] aufgreifend, beobachtet Weber Rationalisierung als eine übergreifende gesellschaftliche Entwicklung, als einen »Fortschritt zum bürokratischen, nach rational gesatztem Recht und rational erdachten Reglements judizierenden und verwaltenden Staat«, der »in engstem Zusammenhang mit der modernen kapitalistischen Entwicklung« steht (Weber 1980: 825, [1922]). Für Weber steht fest:

> »Der moderne kapitalistische Betrieb ruht innerlich vor allem auf der Kalkulation. Er braucht für seine Existenz eine Justiz und Verwaltung, deren Funktionieren wenigstens im Prinzip ebenso an festen generellen Normen rational kalkuliert werden kann, wie man die voraussichtliche Leistung einer Maschine kalkuliert. (ebd.)

Wie hier deutlich wird, erkannte Weber im Rechnen nicht nur eine Technik, sondern ein soziales Phänomen, das er als Gegenstand einer Soziologie des Rechnens anlegte, aber nie systematisch ausformuliert hat (hierzu mehr im Unterabschnitt zur Kalkulation). Er erkennt einen Zusammenhang zwischen Rechen- und Herrschaftspraktiken und leitet hiervon den Leitgedanken okzidentaler Gesellschaften ab, der sich im *Glauben* manifestiert, »alle Dinge – im Prinzip – durch *Berechnen beherrschen«* (Weber 1985: 593, Hervorhebungen im Original, [1919]) zu können. Was zunächst vermessen klingt, entspringt allerdings keiner utopischen Setzung, sondern tritt im Gegenteil als *Temperierungseffekt* in Erscheinung: die geistige Ausein-

---

24 Weber nennt hier die Sphären »Religion, Ökonomie, Politik, Ästhetik, Erotik und Intellektualismus«, ohne diese im Einzelnen näher zu definieren.

25 Die rationalistische Kultur nimmt seinen Ausgang im kontinentaleuropäischen Rationalismus von René Descartes (sog. Cartesianismus), dessen methodologisches Projekt eine völlig neue wissenschaftliche Erkenntnis nach dem Vorbild der Geometrie entwarf. Descartes postulierte in seinen erkenntnistheoretischen Schriften ein »distinktes Erfassen des reinen und aufmerksamen Geistes« (Descartes 1982, Band X: 368, zit.n. Perler 2006: 53) mit Hilfe »zweifelsfreier Propositionen« (ebd.: 56) der Mathematik als umfassender, paradigmatischer Leitwissenschaft. Diese »mathesis universalis« verkörpert der Cartesianismus als Durchsetzung einer neuzeitlichen Form von Vernunft, die dem bewusstseinsmäßigen Denken eine Vorrangstellung im wissenschaftlichen Erkenntnisprozess zuweist und auf der logischen Verknüpfung mathematischer Objekte beruht. Damit einher geht eine skeptische bis zumeist ablehnende Haltung gegenüber der Nützlichkeit von körperlichen Erfahrungen und Sinneseindrücken für wissenschaftliche Untersuchungen (Descartes 1982, VII: 12, zit.n. ebd.: 83: »um den Geist von den Sinnen wegzuführen«, siehe dazu ausführlicher Kapitel 3.4.2).

andersetzung mit der Welt führt unweigerlich zur planvollen Umgestaltung derselben nach Maßgabe einer »kühlen« rechnenden Vernunft. Im gleichen Sinne beschreibt Weber den Kapitalismus als ein auf »friedlichen Erwerbschancen« basierende Wirtschaftsform und bemerkt: »Schrankenloseste Erwerbsgier ist nicht im mindesten gleich Kapitalismus, noch weniger gleich dessen ›Geist‹. Kapitalismus *kann* geradezu identisch sein mit *Bändigung*, mindestens mit rationaler Temperierung, dieses irrationalen Triebes.« (Weber 1986: 3, Hervorhebungen im Original, [1920]) Rationalisierung erstreckt sich in Webers Untersuchungen auf drei Ebenen (vgl. Kieser 2006: 66):

1. Auf der Ebene der Institutionen als Entwicklung hin zu einer (idealtypisch verstandenen) rationalen Form legitimer Herrschaft als einer »satzungsmäßigen Herrschaft« (Weber 1980: 124, [1922]) bürokratischer Verwaltungen, die auf den Prinzipien der Unpersönlichkeit, Sachlichkeit und Berechenbarkeit beruhen.
2. Auf der Ebene der praktischen Lebensführung im Sinne einer rationalen, d.h. zunehmend methodisch kontrollierten und »konsistent nach eigenen Wertorientierungen« (Kieser 2006: 76) vollzogenen Gestaltung des eigenen Lebens, wobei das verantwortungsethische Grundprinzip sich vor allem »im beständigen Sich-Rechenschaft-Ablegen über Motive und Folgen des eigenen Tuns« (Abramovski 1966: 162, zit.n. Kieser 2006: 76) äußert.
3. Auf der Ebene der Weltbilder bezeichnet Rationalisierung den Übergang von »magischen« zu religiösen Weltbildern, der sich als stetiger Prozess der »Entzauberung der Welt« darstellt und schließlich im Calvinismus als »aktive innerweltliche Askese« vollendet wird, welcher Berufsarbeit und eine sparsame Lebensführung zur Mehrung von Gottes Ruhm einsetzt und damit den »Geist des Kapitalismus« hervorbringt (sog. Protestantismusthese Weber 1986 [1920]; sowie Boltanski/Chiapello 2003 zu einem »neuen Geist des Kapitalismus«).

Rationalisierung erscheint so als »potentielles Mittel der Ökonomisierung« (Höhne 2015), die ihre Kraft aus einer mathematisch genauen Berechnung von Zweck-Mittel-Verhältnissen bezieht, die in Betriebsstrukturen kapitalistischer Unternehmen und staatlicher Behörden zur planmäßigen, regelbasierten, verlässlichen und somit kontrollierbaren Erreichung gesetzter Ziele unter Berücksichtigung möglichst optimaler Mitteleinsätze beitragen. Gleichzeitig ist Rationalisierung nicht losgelöst von kulturellen Aspekten zu verstehen: Die Gültigkeit unpersönlicher Satzungen bürokratischer Organisationen setzt eine Korrespondenz mit individuellen Wertorientierungen und gesellschaftlichen Kategorien voraus. Wie dieses rationalistische Programm dahingehend weiter aufzuschlüsseln ist, zeigt sich im nächsten Schritt.

2.2.3 Quantifizierung und Vergleich

> »Es gibt zweitens ein ganzes Corpus, vor dem sich wie durch ein Wunder ein Gleichklang herstellt, das ist das Corpus der Mathematik. Darüber diskutiert man nur am Rande, unter Forschern und hinsichtlich vorgeschobener Punkte. Über den ganzen Rest gibt es keinerlei Streit. Man kann Antidarwinist sein, [...] kann das Marktgleichgewicht überlisten, aber man kann nicht die Addition und die Subtraktion verfälschen. [...] Die Mathematik ist die Übereinstimmung, die zwischen uns herrscht. Der Kreis hat einen Mittelpunkt, die Ellipse deren zwei, was sollte man dagegen einwenden? In gewisser Weise ist die Mathematik ein Wir. Gewiß gilt dies nicht für die geschlossenen Zirkel, in denen Neues erarbeitet wird, wohl aber gilt es in dem Maße, wie sie verstanden wird. Sie ist ein noch neues Wir [...] – mit immensen Folgen, darunter auch der, daß wir uns ein gemeinsames, ideales Bild malen. Ein illusorisches? Wenigstens über die Zahlen sind wir uns einig.« (Serres 1983: 189)

Die Entwicklung einer rationalistischen Kultur des Okzidents, wie sie Weber postulierte, beruht nicht nur auf der legitimen Herrschaft formaler, unpersönlicher Satzungen, einer rationalen Lebensführung und dem Vorhandensein bürokratischer Strukturen in Justiz, Wirtschaft und Politik. Sie impliziert ferner Methoden, Praktiken und Techniken, mit deren Hilfe die rationalistische Kultur und Erkenntnistheorie (dem oben in Fußnote 24 beschriebenen Cartesianismus) in der gesellschaftlichen Wirklichkeit verankert und (re)produziert werden kann. In der wirtschaftlichen Sphäre lässt sich dies anhand der folgenden Frage exemplifizieren: Auf welcher Grundlage können so mannigfaltige Dinge wie Hüftprothesen, Fisch oder Sterbehilfe einer ökonomischen »Verwertbarkeit« zugeführt werden? Wie gelingt es, derartige Dinge als alltägliche Güter in einer kapitalistischen Wirtschaft zirkulieren zu lassen? »Ganz einfach!« könnte entgegnet werden: »Es muss ihnen nur ein Preis und ein Warenetikett anheften«. Auch lassen sich Gewinne und Verluste nur

dann kalkulieren und als Geschäftserfolg ausweisen, wenn zuvor ein Weg gefunden wurde, die Gegenstände (gewinnbringend) zu handeln und als Geldeinheiten in Bilanzen auszudrücken.[26]

In der Debatte um eine Ökonomisierung gesellschaftlicher Teilbereiche spielt dies eine wesentliche Rolle. Wenn etwa von »Monetarisierung« im Zusammenhang mit Ökonomisierung gesprochen wird, ist damit eine Messbarmachung und damit *Umwertung* von nicht-ökonomischen Objekten in Folge einer quantitativen Messung – etwa in Werten des Geldes – gemeint. Die Umwertung ergibt sich in einer kapitalistischen Wirtschaft laut Georg Simmel (1930: 30, [1900]), da »die Dinge ihren Wert durch einander« ausdrücken und sich »Wertverhältnisse [etablieren], deren Inhalt schon in den Dingen selbst liegt: das Quantum eines Objekts entspricht an Wert dem bestimmten Quantum des anderen Objekts, und diese Proportion steht als etwas objektiv Angemessenes und gleichsam Gesetzliches jenen persönlichen Motiven – von denen sie ausgeht, in denen sie endet – […] gegenüber«. Der tiefere Sinn einer solchen Übung ist es häufig, nicht nur Häufigkeiten und Aus*maße* von Objekten anzugeben, sondern insbesondere darin, diese vermittels des gleichen, eben quantitativen Maßstabs miteinander vergleichen und hierdurch ihren Wert *relational* und unabhängig vom »subjektiv-personalen Unterbau« (ebd.) ermitteln zu können. Verhältnisse, die angemessen und gesetzlich erscheinen, können eine besondere objektive Geltung für sich in Anspruch nehmen. Eine Geltung, die zugleich faktisch und normativ erscheint.

Um diesen Komplex besser zu verstehen, werden im Folgenden zwei hierfür zentrale Begriffe – »Quantifizierung« und »Kalkulation« – aufgegriffen und diese zugleich analytisch auseinandergehalten, gerade weil sie häufig synonym verwendet werden und doch Unterschiedliches bezeichnen (vgl. Geißler 2016: 64; Heintz 2007, 2010). Die These lautet, dass Quantifizierung für die *Zählbarmachung* von Objekten steht, die durch einen gemeinsamen quantitativen Maßstab als Quanten gemessen, kategorisiert und miteinander in ihren numerischen Werten verglichen werden können. Mit Kalkulation hingegen ist die spezifische Technik gemeint, die *Relationierung* von *Quanten* durch *Berechnung* zu erzeugen. Das Rechnen zeichnet aus, dass es als Ergebnis seiner Operationen einen neuen inkrementalen *Tatbestand* hervorbringt, der Ausdruck eines rechnerisch bestimmten, optimalen Verhältnisses von Quanten ist (vgl. die grundlegenden Bestimmungen bei Sombart 1902/1927; Weber 1980 [1922]).

Bevor dies im Einzelnen ausgeführt wird, beginnt die Betrachtung mit einer allgemeineren Annahme der vorliegenden Untersuchung, die besagt, dass Prozesse der Ökonomisierung von der Verfügung über Größen abhängen. Tatsächlich un-

26 Man spricht dann von Ökonomisierung als »Kommodifizierung« und »Monetarisierung«, vgl. Geißler (2016) für eine Diskussion dieser und weiterer Begriffe, die als Ökonomisierung verstanden werden.

terliegen wirtschaftlichen Größen wie Preise oder Bilanzen keine einfachen, sondern höchst komplexe, voraussetzungsreiche und daher arbeitsintensive Prozesse der Verdinglichung. Zunächst verweist die Frage nach Größen, nach einem »wie viel« auf die Tätigkeit des Zählens und damit auf *Zahlen*. Die Betrachtung von Größen mit Hilfe von Zahlen läuft darauf hinaus, Aussagen über Mengen (und deren Verhältnisse) zu produzieren. Zahlen sind Mengenbegriffe und repräsentieren das Ergebnis eines Zählvorgangs. Mit ihrer Hilfe lassen sich Dinge in eine Ordnung des Größer oder Kleiner bringen. Das lateinische Wort für Menge, für das Ausmaß oder die Größe einer Sache, ist *Quantum*. Es gibt an, wie häufig, also in welcher Anzahl, ein gegebenes Element vorliegt und versieht dieses mit einem *numerischen Wert*. Damit ein solcher bestimmt werden kann, muss er zunächst durch einen *Messvorgang* erzeugt werden: »Die Produktion von Zahlen setzt Messung voraus.« (Heintz 2007: 74) Der Vorgang einer numerischen Wertermittlung durch Messung wird gemeinhin als *Quantifizierung* bezeichnet. In seiner einfachsten Form lässt sich z.B. die Größe einer Schulklasse durch die Zählung seiner Schüler *messen* und damit quantifizieren. Wesentlich anspruchsvoller wird es, wenn etwa in wirtschaftlicher Hinsicht das Bruttoinlandsprodukt (BIP) berechnet werden soll. Dazu bedarf es einer amtlichen Statistik, die die flächendeckende Erhebung wirtschaftlicher Daten einer ganzen Volkswirtschaft organisiert.

Was durch Messungen gezählt und in einem zweiten Schritt verglichen wird, ist zunächst prinzipiell offen, solange es sich nur in Zahlen ausdrücken lässt. Insofern handelt es sich bei Quantifizierung um eine außerordentliche »Übersetzungsleistung«, wonach »Phänomene, Eigenschaften oder Beschaffenheiten eines Sachverhalts […] in einer allgemeinen, abstrakten und universell anschlussfähigen Sprache repräsentiert [werden], der der Mathematik.« (Mau 2017: 27) Durch Messung oder durch die »Transformation qualitativer Urteile, Einsichten und Beobachtungen in Zahlenwerke« (ebd.) wird eine analytische Distanzierung möglich, die einem »Objektivierungsschritt« (ebd.) gleichkommt. Numerische Abstraktion und Objektivation vollziehen sich als Loslösung (»Entbettung«, ebd.) von situativen, örtlichen sowie persönlichen Aspekten des Sozialen. Damit ist angedeutet, dass Zahlen bzw. numerische Produkte über eine eigene Aussagekraft und Wirkung verfügen, insbesondere in wirtschaftlichen Zusammenhängen. Allen Auslandsreisenden dürfte die Erfahrung geläufig sein, dass es selbst bei vollkommener Unkenntnis der Sprache, der räumlichen Begebenheiten wie der kulturellen Gepflogenheiten des Landes in der Regel problemlos gelingt, die dort feilgebotenen Waren zu kaufen. Vor allem mit Hilfe des Geldes werden aus Reisenden zahlende Touristen, denen sich die fremde Welt zunächst durch das erschließt, was käuflich ist. Doch wie kommt diese Verständigung zustande? Warum ist Geld überall ge*läufig*?

Bevor eine Beantwortung dieser Fragen erfolgt, muss zunächst geklärt werden, wie die damit angesprochene Übersetzungsleistung des Geldes auf einer allgemeineren Ebene der Quantifizierung verstanden werden kann. Die Übersetzung ge-

lingt, weil Zahlen und andere (wissenschaftliche) Zeichen – um mit Bruno Latour (2006b: 266, Hervorhebungen im Original) zu sprechen – »unveränderlich mobile Elemente« (»immutable objects«) sind. Sie sind »mobil, aber auch unveränderlich, präsentierbar, lesbar und miteinander kombinierbar«. Damit ist gesagt, dass es sich bei ihnen um verlässliche, hinreichend stabile und zugleich bewegliche Elemente handelt. Durch Aufzeichnungs- und Messtechniken werden die mobilen Elemente erzeugt und prägen den untersuchten Objekten etwas ein, das ihre Verbreitung erleichtert. Latour will beschreiben, wer oder was an der Konstruktion einer (wissenschaftlichen) Tatsache beteiligt ist. Er hat dafür den Begriff der Einschreibung (»Inskription«) geprägt, im Zuge dessen quantitative und visuelle Marker in Form von Tabellen, Grafiken und Diagrammen dem untersuchten Objekt (etwa einer Gesteinsformation, einem Korallenriff oder einer seltenen Vogelart) Gewicht nehmen, es verkleinern und buchstäblich um die Welt wandern lassen. Die Virtualität der Marker erlaubt es, die Objekte einerseits in numerischen Werte zu repräsentieren und zu fixieren. Gleichzeitig ist aber immer auch Kontingenz enthalten, da sie stets zerlegt und neu zusammengesetzt und damit das bisherige »Bild« verzerren können. Anders formuliert: vermittels Zahlen bzw. Quantifizierung lassen sich Tatsachen als *bewegliche Ordnungen* konstruieren (siehe Kornberger et al. 2019 für eine diesbezügliche theoretische Ausbuchstabierung in Richtung flexibel »denkender« kalkulativer Infrastrukturen).

Dieser spezifische Ordnungscharakter von Zahlen verweist auf ihre Nähe zu einer anderen »Grundoperation des sozialen Geschehens« (Heintz 2016: 306): dem *Vergleich*. Ein Vergleich zeichnet sich durch eine »Kombination von *Gleichheitsunterstellung* und *Differenzbeobachtung*« (ebd.: 307, Hervorhebungen im Original) aus. Die Vergleichbarkeit beruht auf der Annahme, dass die herangezogenen Dinge in bestimmter Hinsicht äquivalent, also gleichwertig sind, und sich daraufhin einer gemeinsamen *Kategorie* zuordnen lassen. Umgekehrt beruhen Kategorien ihrerseits auf Vergleichen, denn ohne einen vorangegangenen Vergleich können Dinge nicht dieser oder jener Kategorie zugeordnet werden. Vergleiche sind eben vor allem *Maßstäbe* und insofern Teil von Quantifizierung.

An der tradierten Geschlechterdichotomie lässt sich dies verdeutlichen: die Zuordnung zur Kategorie »Mann« oder »Frau« basiert zunächst auf der Gleichheitsannahme, die über eine dritte Kategorie, »Geschlecht«, wirksam wird. Männer und Frauen verfügen beide über ein Geschlecht, das macht sie vergleichbar. Das »Geschlecht«, obwohl selbst eine Kategorie, fungiert hier als Vergleichskriterium, als ein Drittes (*tertium comparationis*), das zum Aufbau einer simplen, verständlichen und deshalb stabilen Geschlechterordnung beiträgt. Das Vergleichskriterium ist so wirkungsvoll, weil es der *sozialen Zuschreibung* aufsitzt, es gäbe im Sinne der sog. primären Geschlechtsmerkmale lediglich *zwei* Geschlechter. Dies leistet eine enorme Komplexitätsreduktion und gibt das Verhältnis von Frau und Mann *binär* an, womit die »numerische Differenz« (Heintz 2010) zwischen beiden festgeschrieben

wird. Dass hinter der numerischen Differenz von Frauen und Männern als strikt voneinander unterschiedene Gruppen mit unterschiedlichen Merkmalen immer auch »Wertzuweisungsprozesse« (Mau 2017: 27) stehen, zeigt sich bis heute an einer ausgeprägten geschlechtsspezifischen sozialen Ungleichheit, die maßgeblich an der Stabilisierung einer »heterosexuellen Matrix« (Butler 1991) beteiligt ist.

Jenseits geschlechtsspezifischer Ungleichheit kommt hiermit die Funktion von Vergleichen als *Sortiermaschinen* zum Ausdruck. Sie sind aktiv am Prozess eines »Sorting Things Out« (Bowker/Star 2000) beteiligt, weisen Objekten gewisse Kategorien zu, *formatieren* sie und machen sie hierdurch sozial adressier- und verfügbar. Damit gehören sie zum Repertoire der immensen »Standardisierungsleistungen« (Heintz 2010: 169f.) moderner Gesellschaften, die nicht nur übergeordnete Klassifikationssysteme (z.B. Regionen, Gewerbegebiete, Wirtschaftszweige, Berufsgruppen) stabilisieren, sondern auch auf ganz praktischer Ebene einen quantitativen Zugriff auf Objekte und deren sozial akzeptierter Nutzung ermöglichen. Sie leisten »Abstraktion und Komplexitätsreduktion« (vgl. Heintz 2007: 74): verwiesen sei nur auf die zahlreichen nationalen wie internationalen Normen, die beispielsweise helfen, Schriftstücke (Papierformate, die in Klassen unterteilt sind, z.B. DIN A4), die Messung ökologischer Effekte von Produkten (Ökobilanzanalysen ISO 14044) oder die Verfolgung von Qualitätsmanagementzielen in Unternehmen (ISO 9001) zu vereinheitlichen.

Eine spezifische, in der Moderne besonders weit verbreitete Variante sind quantitative Vergleiche in Form von Statistiken, Rankings, Ratings und dergleichen mehr, denen sich auch die vorliegende Arbeit empirisch widmet. Quantitative Vergleiche beruhen auf »Kommensurabilität« (Espeland/Stevens 1998). Damit ist angezeigt, dass unterschiedliche Dinge durch das Finden einer gemeinsamen Maßzahl, einer »common metric« (ebd.), vergleichbar gemacht werden. Zur Illustration kann hier das Bruttoinlandsprodukt (BIP) als eine der hervorstechendsten Metriken überhaupt herangezogen werden: Es erzielt Äquivalenz über die Kategorisierung seiner Messeinheiten als inländisch produzierende Nationalökonomien bzw. Volkswirtschaften. Diese werden dann anhand des Vergleichskriteriums »Leistungsfähigkeit« differenziert und in einer Rangliste geordnet. Die Messung der Veränderungsrate des BIP über die Zeit führt zur Messung des Wirtschaftswachstums, das neben seiner Verdichtung zur wichtigsten Kennziffer der volkswirtschaftlichen Gesamtrechnung auch als unmittelbarer Ausdruck der globalen Wettbewerbsfähigkeit sowie des materiellen Wohlstands moderner Gesellschaften betrachtet wird. Unter diesen und anderen Aspekten können dann – anhand *einer einzigen* Maßzahl wohlgemerkt! – sämtliche Gesellschaften der Erde miteinander verglichen oder auch zu anderen Kennziffern (z.B. Einwohnerzahl eines Landes/BIP = BIP pro Kopf bzw. Einwohner) in ein Verhältnis gesetzt werden. Ein eindrückliches Beispiel für die »Macht der einen Zahl« (Lepenies 2013).

Gleichwohl ist (numerischen) Vergleichen zwangsläufig eine gewisse *Selektivität* inhärent, fungieren sie doch als »komplexeste Ordnungsform, indem sie kategoriale Vereinheitlichung, Differenzbeobachtung und Relationierung kombinieren« (Heintz 2016: 309). Letzterer Begriff der Relationierung verweist auf den Umstand, dass Vergleiche nicht nur eine numerische Differenz erzeugen, sondern auch einen »Vergleichszusammenhang« (ebd.: 317) zwischen den verglichenen Elementen stiften, dem sie sich nicht ohne Weiteres entziehen können. In den weltweit bekannten und einflussreichen Pisa-Rankings werden Nationalstaaten als Bildungsakteure kategorisiert, deren Leistungsfähigkeit über quantitative Messungen erhoben und unentwegt verglichen werden. Hierdurch sind alljährliche *Positionsänderungen* innerhalb eines festen Vergleichsrahmens möglich, der für alle Beteiligten sichtbar in der Öffentlichkeit produziert und verhandelt wird. Dies zeigt sich auch an einer weit verbreiteten Kritik am BIP, die auf die Eindimensionalität der Messung hinweist. Im BIP werden lediglich diejenigen Leistungen einer Volkswirtschaft erfasst, für die ein Marktpreis angegeben werden kann und so etwa wirtschaftliche Aktivitäten in der sog. Schattenwirtschaft oder Pflege- und Sorgearbeit unberücksichtigt bleiben. Auch lässt der einseitige Fokus auf die Zunahme der produzierten Güter als Quelle gesellschaftlichen Wohlergehens außen vor, dass hierfür noch andere Aspekte wie ökologische Nachhaltigkeit, Frieden oder gesellschaftliche Solidarität von großem *Wert* sind.

Nichtsdestotrotz: Mit Zahlen wird gerechnet (im doppelten Sinne), denn sie suggerieren Eindeutigkeit, Exaktheit und damit Verlässlichkeit. So lange sich auf keine andere Maßzahl geeinigt wird, dürfte das BIP der öffentlichen Debatte weiter als wichtige Referenz dienen. Auch weil Zahlen und numerische Vergleiche, kommunikationstheoretisch gewendet, in Form der Quantifizierung eine »besonders effiziente Form« moderner Kommunikation darstellen, die besonders geeignet ist, »Akzeptanz herzustellen« (Heintz 2010: 162). Sie tragen einem gesellschaftlichen Bedürfnis nach rationaler Berechenbarkeit sozialer Zusammenhänge, nach einer »Vereindeutigung der Welt« (Baur 2018) Rechnung und wirken an einer »numerischen Welterzeugung« (Heintz 2012) mit.

Wird Quantifizierung dergestalt als Kommunikationsmedium begriffen, das Ansprüchen gesellschaftlicher Ordnung und Effizienz genügen soll, führt dies zu folgender schwerwiegender Feststellung: Quantifizierung ist kein Produkt wissenschaftlicher Erkenntnis, sondern hat seinen Stellenwert sozialen Zuschreibungen zu verdanken (vgl. Heintz 2007). Dies widerspricht einer weitverbreiteten Überlieferung, die Alfred Crosby (1997) als einen übergreifenden Realitätsbezug westlicher Gesellschaften herausgearbeitet hat. Für die Zeit zwischen 1250 bis 1600 zeichnet er die europäische Entwicklung einer »quantitative perception« nach, die sich aus der Wiedergeburt der exakten Naturwissenschaften entwickelte und allmählich vermittels messender Objekte und Praktiken (wie mechanischen Uhren, doppelter Buchführung oder geometrisch exakten Landkarten) auch im gesellschaft-

lichen Alltag der Menschen niederschlug. Die quantitative Erfassung von Realität löste das bis dato gültige qualitative System (»Venerable Model«) auf Grundlage ganzheitlicher Kosmologien ab, das Realität als heterogen und ungleich auffasste. Unordnung oder das totale Chaos (=Nichts) wurden in dieser Anschauung allein durch Gottes Existenz und Wirken verhindert. Das neue Ordnungsbedürfnis im ausgehenden Mittelalter machte einer universellen Messbarkeit (»Pantometry«) Platz, die die zuvor schon zitierte, wissenschaftlich-rationale »Entzauberung der Welt« vorantreiben sollte. Zahlen pflegen somit ein enges Verhältnis zu den Wissenschaften, fungieren sie doch als *wissenschaftliche* Objekte in verschiedenen Bereichen der Mathematik.

Zahlen werden daher – wie bereits ersichtlich wurde – häufig als Synonym von Rationalität verstanden: Diese Annahme schwingt bei Max Webers Analysen der okzidentalen Rationalisierung mit, wenn er die »mathematisch und experimentell exakt und rational fundamentierten Naturwissenschaften« (Weber 1986: 9, [1920]) vornehmlich als *Mittel* betrieblich-kapitalistischer, bürokratischer, lebensweltlicher Rationalisierung versteht. Der Symbiose von Rechen- und Herrschaftspraktiken unter dem Banner der Rationalisierung trägt er in seinen Analysen und Heuristiken ausführlich Rechnung, sie verleiten ihn jedoch nicht dazu, nach dem *spezifischen Wissen* der Mathematik und Naturwissenschaften zu fragen. Weber lässt in seinen Analysen außer Acht, dass es einen Unterschied geben könnte zwischen dem *kulturellen* Zugriff auf die Recheninstrumente der Mathematik und Naturwissenschaften im Rahmen der okzidentalen Rationalisierung einerseits und den Regeln andererseits, nach denen diese Wissenschaften selbst funktionieren. Anders formuliert: Weber lässt die Kontextverschiebung außer Acht und hat es damit versäumt zu untersuchen, welchen *Eigenwert* mathematisch-naturwissenschaftliche Erkenntnisse haben. Stattdessen setzte er auf implizite Art und Weise *exakte, verlässliche Berechnungen* mit *wahren Aussagen* gleich.

Er bringt hier als Modernisierungsforscher zum Ausdruck, was Theodore Porter (1995) in seinem gleichnamigen Buch »Trust in Numbers« genannt hatte. Hinter dem Gedanken steht auch eine wissenschaftstheoretische Wende, die wahre Aussagen nicht mehr auf einer Korrespondenztheorie wissenschaftlicher Sätze mit der äußeren Welt postuliert, sondern Widerspruchsfreiheit in einer selbstreferenziellen Ordnung als Maßstab von Wahrheit nimmt (vgl. Heintz 2007). Im gleichen Sinne hat Porter (1992) darauf verwiesen, Quantifizierung als Ausdruck wissenschaftlicher Objektivität nicht mit Realismus gleichzusetzen. Vielmehr müsse dies Verhältnis zugunsten einer pragmatischen Perspektive aufgelöst werden, die die *vertrauensstiftende Funktion* von Zahlen und Berechnungen für gesellschaftliche Zusammenhänge betont.

Der Korrespondenztheorie der Wahrheit (vgl. David 2016) ist auch aus wissens- und wissenschaftssoziologischer Perspektive häufig widersprochen worden (vgl. die Debatten in den »Science and Technology Studies« (STS), z.B. Knorr-Cetina

1984; Latour 2000; hierzu kritisch: Bloor 1999, weitere Ausführungen zu den STS siehe unter 3.4.1). Wie Bettina Heintz (2007: 71f., vgl. auch dies. 1999) herausgestellt hat, dürfen mathematische Berechnungstechniken nicht mit der Eigenlogik der Mathematik verwechselt werden. Sie weist darauf hin, dass der Formalismus der modernen Mathematik auf der selbstreferenziellen Kombination von *Zeichen* beruht. Berechnungen hingegen bestünden aus *Zahlen*, die ihrerseits stets auf einen »externen Referenten« (ebd.: 66) verweisen, also auf etwas, das *außerhalb* der Berechnungen liegt. Während mathematische Formeln gewissermaßen selbstgenügsam sind, brauchen Berechnungen empirisches Futter: in genau diesem Sinne greifen sie auf quantifizierende Messungen zurück. Damit richtet sich der Blick erneut auf die Entstehungs- und Konstruktionsbedingungen von Zahlen sowie die »Wertzuweisungsprozesse« (Mau 2017: 29), die daran beteiligt sind, ihre gesellschaftliche Relevanz zu konstruieren. Das BIP ist auch deshalb als Maßstab so erfolgreich, weil es lange Zeit die überzeugende *Vermittlung* zweier Kategorien, derjenigen von wirtschaftlicher Produktivität *und* Wohlstand, leistete. Es hat damit unmittelbare Konsequenzen für zwischenmenschliche Verständigungs- und Aushandlungsprozesse: denn aus Sicht von Mau »ergibt sich eine enge Verbindung zwischen dem *Abschätzen von Werten* im Prozess der Quantifizierung und *Wertschätzung* im Sinne sozialer Anerkennung« (ebd. 31, Hervorhebungen im Original). Diese Verbindung wird offensichtlicher, wenn die Darstellung nun auf die vierte und letzte Prämisse – Kalkulation – einschwenkt.

2.2.4 Kalkulation

> »Why not, in other words, seek to produce an individual who comes to act as a self-regulating calculating person, albeit one located within asymmetrical networks of influence and control? […] Accounting helps to fabricate and extend practices of individualization and responsibility, and it also serves to establish a mutuality or reciprocity between forms of personal identity and the realm of economic calculation. […] And, most important, this can now be achieved within the formally private domain of the large corporation as well as a range of not-for-profit organizations. The management of almost any organization can be transformed into a complex of incessant calculations. The political and the economic imperatives of liberalism are satisfied simultaneously.« (Miller 2001: 381)

Quantifizierung als das Übersetzen qualitativer Aspekte in numerische Werte und quantitative Vergleiche als das Kategorisieren, Sortieren und Relationieren von »vermessenen Einheiten« (Heintz 2016: 317) können als Vorläufer der Kalkulation betrachtet werden. Auch wenn Rechenvorgänge bei beiden vorangegangenen Schritten möglich sind und auch im Modus von Aussagen wie »Einheit X ist größer/kleiner als Einheit Y« zur Anwendung kommen, geht Kalkulation, so die These, weiter: sie verfängt erst, wenn Zahlen in einen rechnerischen Verwendungszusammenhang gestellt und hierüber Tatbestände mit einer spezifischen Funktion konstruiert werden. Für Fragen der Ökonomisierung sind Kalkulationen so bedeutend, da den kapitalistischen Ökonomien eine besondere Nähe zu ihnen eigen ist: Werner Sombart (1919: 320) erkannte in der »Rechenmäßigkeit« (neben Plan- und Zweckmäßigkeit) einen der Grundpfeiler kapitalistischen Wirtschaftens. Auch für Weber sind – wie schon mehrmals anklang – Rechnen und Wirtschaften wesensverwandt. Insbesondere die »formale Rationalität eines Wirtschaftens« bindet er an »das Maß der ihm technisch möglichen und von ihm wirklich angewendeten Rechnung« (Weber 1980: 44, [1920]).

In seiner Analyse zur »Genesis des Kapitalismus« (1902/1927: 391) beobachtet Sombart unisono, wie es »dem neuen Zweckgedanken allmählich gelingt, sich

das Mittel zu seiner Realisierung – das Wirtschaftsleben – in seinem Sinne völlig umzugestalten«, in dem »er es in eine Reihe von Rechenexempeln auflöst und diese zu einem kunstvollen Ganzen neu zusammenfügt«. Genauer gesagt bedarf die Ausrichtung auf das kapitalistische Erwerbsprinzip (der neue Zweckgedanke, vgl. ebd.: 378-390) zunächst jener berechnenden Mittel, die eine »der kapitalistischen Geschäftsführung entsprechende Systematisierung« (ebd.: 393f.) vollumfänglich garantiert. Die Rede ist von der *doppelten Buchführung*, die auch Doppik oder *Rechnungswesen* genannt wird. Sombart datiert den Beginn des Siegeszuges von Buchführungstechniken auf die Einführung von »Konten« im 13./14. Jahrhundert und deren Popularisierung durch Luca Paciolis Buch »Summa de arithmetica, geometria, proportioni et proportionalità« im Jahr 1494 zurück (vgl. auch Baecker 1992). Mit Hilfe von Konten wurde es möglich, geschäftliche Transaktionen erstmals personenunabhängig numerisch aufzuzeichnen und systematisch nachzuvollziehen (vgl. Sombart 1919: 111ff.). In ihrer weiteren Evolution entwickelten sich Kontoführungs- und Buchhaltungstechniken zu einem »magic mirror in which the adept sees both himself and others« (Crosby 1997: 203; vgl. für einen Überblick ebd.: 199-226; Yamey 1964). Dies verweist neben der bereits im vorherigen Kapitel erläuterten Sortier- und Erinnerungsfunktion von Zahlen auch auf eine Reflexionsleistung, die infolge einer »besonderen Form des Schreibens von Wert« (Vormbusch 2012: 24; vgl. auch Baecker 1992) zugänglich wird, auf die in Kürze eingegangen wird.

Doppelte Buchführung als der »technisch (bisher) höchst entwickelten Form der Buchführung« (Weber 1980: 49, [1922]) beruht sodann auf der speziellen Verrechnungspraxis, »jeden Posten in zwei Konten auf je der entgegen gesetzten Seite zu buchen, sodass ein Konto stets um denselben Betrag belastet wird, für den ein anderes erkannt wird« (Sombart 1919: 113). Auch Weber (1980: 49, [1920]) versteht doppelte Buchführung als »Kontensystem«, dem die »Fiktion von Tauschvorgängen zwischen den einzelnen Betriebsabteilungen oder gesonderten Rechnungsposten zugrunde gelegt wird«. Diese *Fiktion* erlaubt dem Unternehmen die bestmögliche Kontrolle über sämtliche Vorgänge, die innerhalb (etwa zwischen Abteilungen) sowie außerhalb (etwa durch Beziehungen zu Lieferanten, Investoren, Kunden etc.) seiner Grenzen anfallen (vgl. hierzu ausführlicher 3.3.4). Die Erfassung der Geschäftsvorgänge erfolgt jeweils in einem »Buchungssatz«, der den Vorgängen die jeweiligen Beträge (in Form von Soll und Haben) und Konten (z.B. im Rahmen der Kosten- und Leistungsrechnung als Kosten und Erlöse oder im Rahmen der Profitabilitätsrechnung als Gewinn und Verlust) zuordnet. Insbesondere für die Errechnung der Geschäftsbilanz in Form des Verhältnisses von Aktiva (Vermögenswerte) und Passiva (Kreditwerte aus Eigen- oder Fremdkapital) und damit für die interne wie externe Rechenschaftslegung eines Unternehmens ist doppelte Buchführung von enormer Bedeutung, sie ist »der vollendete Ausdruck der specifisch-kapitalistischen Rationalistik« (Sombart 1902/1927: 394). In den Büchern und durch sie

entsteht ein sehr detailliertes und zugleich geordnetes System von datierten Buchungsverweisungen.

Es entsteht eine *relationale Geschichtlichkeit* wirtschaftlicher Transaktionen, die Beziehungen zwischen den Posten sichtbar und berechenbar macht und zugleich für die Zukunft disponibel hält. Dies ist ein wichtiger Punkt, denn für Weber bemisst sich die formale Rationalität einer Wirtschaft daran, inwieweit eine »jeder rationalen Wirtschaft wesentliche ›Vorsorge‹ sich in zahlenmäßigen, ›rechenhaften‹, Überlegungen« ausdrücken kann und ausdrückt« (ebd.: 45). Der Bezug zur Zukunft wird in einer rationalen Wirtschaft im rechnenden Denken hergestellt, wie auch Sombart vermerkte, als er schrieb, dass die Doppik »zur Voraussetzung ihrer Anwendung die durchgeführte Projektion eines wohl ausgedachten Geschäftsplans in die Zukunft hat« (ebd.). Damit erscheint das Spezifikum der Kalkulation: die Rechnungen der doppelten Buchführung haben die *kalkulative Planung einer erwerbsmäßigen Zukunft* zur Voraussetzung, die sie zugleich ermöglichen. Ohne Projektion eines unternehmerischen Überschusses, eines in Zahlen vermittelten und errechneten geschäftlichen Gewinns in der Zukunft, sind buchhalterische Berechnungen *gegenstandslos*.

Dies führt, so Sombart weiter, zu einer doppelten Emanzipation: »das Kapital wird personifiziert«, es vollzieht eine Loslösung der Vermögenswerte des Unternehmens von der Person des Unternehmensleiters, dem die Berechnungen nun als eigenständiger, selbstbezüglicher Gegenstand gegenübertreten. Auch wird hierdurch seine Person zunehmend von der Entität des Unternehmens geschieden, das in der Folge zu einer *juristischen* Person erklärt wird. Ebenso löst sich die »Systematik der Geschäftsführung« von individuellen Haltungen des Geschäftsführers ab, da sein Unternehmen jetzt wissenschaftlich-systematischen Buchführungsprinzipien gehorcht, die »objektive Normen« setzen und mit dem das »Kapital sich seine eigenen Bewegungsgesetze vorgezeichnet hat (ebd.).[27] In Letzterem deutet sich bereits die heute noch zu beobachtende Kontroverse darüber an, welcher Stellenwert Unternehmerpersönlichkeiten im Rahmen unternehmerischer Entscheidungen angesichts eines äußerst ausgeklügelten Rechnungswesens – einem management by objectives (Drucker) – überhaupt noch zukommt (vgl. Ezzamel 1990; Messner et al. 2007).

Bevor sich dieser Frage aus praxistheoretischer Perspektive angenommen wird (siehe 3.4.3), muss noch auf zwei für Ökonomisierungsaspekte interessante Folgen verwiesen werden, die mit dem Aufkommen komplexer Buchführungstechniken zusammenhängen. Wie Sombart und Weber (sowie viele andere) beobachtet haben, begünstigt die doppelte Buchführung die Herausbildung einer erwerbsorien-

27 Inwiefern Sombart die Verdinglichung des Gegenstands an dieser Stelle zu weit treibt, soll hier nicht theoretisch anhand weiterer Quellen, sondern direkt am empirischen Gegenstand (vgl. Kapitel 6) diskutiert werden.

tierten Wirtschaftsform als solcher. Dies impliziert einen gesellschaftlichen Differenzierungsprozess, der aus einer gesellschaftlichen Arbeitsteilung hervorgeht. Eine Feststellung der Weber'schen Sozialökonomik (1980: 59, [1920]) hierzu lautet: »Verkehrswirtschaftliche Bedarfsdeckung setzt, normalerweise und im Rationalitätsfall, Geldrechnung, und, im Fall der Kapitelrechnung, ökonomische Trennung von Haushalt und Betrieb voraus.« Märkte setzen also die Existenz von Geld voraus, das Weber als »rein technisch gesehen das ›vollkommenste‹ wirtschaftliche Rechnungsmittel« (ebd.) überhaupt darstellt. Die dazugehörige Geldrechnung sei daher das »spezifische Mittel zweckrationaler Beschaffungswirtschaft«. Die für moderne Gesellschaften völlig alltägliche Form produzierender Unternehmen und konsumierender Haushalte geht auf spezifische Rechenarten zurück, die das Ökonomische seines tradierten Sinns entkleidet haben. Während »oikos« in der griechischen Antike noch wörtlich und funktional für eine häusliche Produktionsgemeinschaft stand, die bedarfsorientiert wirtschaftete, ist die kapitalistische Ökonomie von nach erwerbswirtschaftlichen Prinzipen operierenden Betrieben bzw. Unternehmen bevölkert.[28]

Hiermit untrennbar verbunden sind also die von Weber beschriebenen spezifischen Rechenformen: Haushalte arbeiten mit *Budgetierung* und einem Haushaltsplan, der auf die Deckung der Güterbedarfe und am »Grenznutzenprinzip« ausgerichtet ist. Der durch *Kapitalrechnung* sich auszeichnende kapitalistische Betrieb hingegen steht für ein grenzenloses »marktmäßiges Erwerben«, insofern er seine »Erwerbschancen« über Preisvergleiche an einem Markt periodisch (etwa in Form einer Jahresbilanz) abschätzt und an einer kontinuierlichen »Verfügungsgewalt über Güter« interessiert ist. Eine folgenschwere Konsequenz dieser organisationalen Trennung auf Grundlage unterschiedlicher Zweckbestimmungen und Rechenformen ist folgende:

> »Die Kapitalrechnung in ihrer formal rationalsten Gestalt setzt daher den Kampf des Menschen mit dem Menschen voraus. Und zwar unter einer weiteren sehr besondersartigen Vorbedingung. Für keine Wirtschaft kann subjektiv vorhandene ›Bedarfsempfindung‹ gleich effektivem, das heißt: für die Deckung durch Güterbeschaffung in Rechnung zu stellenden, Bedarf sein.« (Weber 1980: 49, [1922])

Der Frage nach einer subjektiven Bedarfsbefriedigung, die durch die Produktion in der Häuslichkeit zu einer natürlichen Grenze kam (es konnte nur das verzehrt werden, was auch produziert oder durch Überproduktion mit anderen Produzierenden eingetauscht wurde), wird zugunsten eines in Marktpreisen berechneten

28 Hier setzt dann Gary Beckers Neubeschreibung des Ökonomischen an, der Haushalte im Sinne von Familien als normfreie Wirtschaftsproduzenten nach Maßgabe von optimierenden Nutzenkalkülen auffasst. Vgl. Becker (1982), sowie kritisch hierzu: Priddat (2013: 421, Fußnote 1) und Beckert (2012).

Haushaltseinkommens verschoben, das die jeweiligen Haushalte nun befähigt, ihre Bedürfnisse zu befriedigen, indem sie Marktgüter mit Geldmitteln kaufen.[29] Es lässt sich hieran ablesen, dass Kalkulation in Richtung einer marktförmigen Koordination tendiert, da gerade die in Preisen ausdrückbaren Zirkulationsverhältnisse eine besondere Form der *vorsorgenden Versorgung* mit Gütern versprechen. Die Folge: einstige Produzenten werden zu Konsumenten, die in aller Regel dazu gezwungen sind, ihr Einkommen durch das Anbieten ihrer Arbeitskraft in gleicher Art und Weise auf einem Markt zu erzielen. Der hierauf beruhenden, für heutige ökonomische Theorien noch immer fundamentalen Annahme nach, ist dies in Kauf zu nehmen, denn immerhin »ist der Grenzkonsument der Lenker der Richtung der Produktion« vermittels seiner Kaufkraft, wie Weber bemerkt. »Tatsächlich« aber wendet er ein, »nach der Machtlage, ist dies für die Gegenwart nur bedingt richtig, da weitgehend der ›Unternehmer‹ die Bedürfnisse des Konsumenten ›weckt‹ und ›dirigiert‹, — wenn dieser kaufen kann.« (Weber 1980: 49, [1922]).

Dies führt zur zweiten Folge, die mit der Verfeinerung und Verbreitung von betriebswirtschaftlichen Buchführungs- und volkswirtschaftlichen Berechnungstechniken einhergeht. Und zwar betrifft diese Entwicklung nicht nur die Rechenkapazitäten kapitalistischer Betriebe sowie die gesellschaftliche Ausdifferenzierung von Haushalt und Betrieb, sondern gleichsam das Verhältnis von Staatsbürger und Staat. Die eine Entwicklung hängt freilich mit der anderen zusammen. Die politische »Freisetzung« von Individuen, die sich nun in unterschiedlichen Märkten mit Geldrechnung bewegen (als Anbieter von Arbeitskraft auf einem Arbeitsmarkt; als Nachfrager auf Gütermärkten, auf denen sie ihre erworbenen Geldmittel des Arbeitsmarktes zum Erwerb von Konsumgütern einsetzen etc.), hat viele Theoretiker*innen dazu veranlasst, einen übergreifenden Wandel moderner Staatlichkeit und dessen Verhältnis zu seinen Bürgern zu konstatieren. Es wurde bereits unter 2.1 darauf hingewiesen, dass insbesondere Foucault in seinen Studien zur Gouvernementalität (2006) die neoliberale Wirtschaftstheorie als »liberale Regierungskunst« aufgefasst hatte, die, wie Georg Simmerl (2016) resümiert, »den Markt als Wahrheitsregime inthronisiert, um staatliche Macht zu begrenzen, und […] Freiheit als Kalkül einsetzt und marktkonforme Subjekte produziert«. Regierungshandeln nutzt in dieser Sichtweise den Begriff der Freiheit als eine »Subjektivierungsform« (Bröckling 2007), die den Einzelnen als »unternehmerisches Selbst« anruft und in einen Wettbewerb entlässt, der nach steter Selbstoptimierung verlangt. Attribute wie Kreativität, Risikobereitschaft, Aktivität, Eigenverantwortung und Kundenorientierung werden dabei zu universellen Anforderungen mo-

29 Bei ausreichenden Geldmitteln (ob durch Lohnarbeit, Sparsamkeit, Kredit, Erbschaft erwirtschaftet sei dahingestellt) sind Haushalte darüber hinaus in der Lage, weit über ihre vormals durch die Güterproduktion begrenzten »Bedürfnisse« zu konsumieren.

derner Gesellschaften erklärt.[30] Ein fiktiver Gesellschaftsvertrag (nach dem Vorbild von Hobbes' Leviathan), der das Soziale bislang an die Kontrolle eines autoritären Staatslenkers gebunden hatte, wird hier aufgelöst in unzählige privatwirtschaftliche Vertragsbeziehungen, die gesellschaftliche Zusammenhänge auf »Vertragswelten« (ebd.: 127-151) reduzieren. In diesen Welten begeben sich die unternehmerischen Bürger eigenverantwortlich auf die Suche nach möglichst niedrigen Opportunitätskosten. Die an Foucault anschließenden Gouvernementalitätsstudien setzen das unternehmerische Selbst programmatisch an, verorten es im Kanon der »Technologien der Subjektivität« (Bröckling 2007: 35), wollen es dabei aber nicht »bloß [als] »Diskurseffekte, sondern [als] Chiffren für ein höchst praktisches Anforderungsprofil« (ebd.: 38) verstanden wissen. Mit Rekurs auf systemtheoretische Annahmen wird das unternehmerische Selbst als ›asymmetrische Interpenetration‹ (Voswinkel/Kocyba 2005: 80, zit. n. Bröckling 2007: 37f.) und damit in bekannter differenztheoretischer Manier als Ökonomisierungsphänomen konzipiert, das das »Übergreifen marktökonomischer Mechanismen auf andere Bereiche des Sozialen« (ebd.) meint.

Das von den Gouvernementalitätsstudien beschriebene Anforderungsprofil fasst Uwe Vormbusch (2012) mit seiner von Weber und Sombart inspirierten Studie über die »Herrschaft der Zahlen« hingegen anders, nämlich als »Kulturtechnik des Schreibens von Wert«. Er stellt auf die soeben vorgestellten Beobachtungen von Weber und Sombart ab, will aber über die »Buchhaltung der Dinge« (ebd.: 25), um die es beiden noch zu tun war, hinter sich lassen und stattdessen auf die »produktivierende Anreizung eines beständigen und abschließbaren (Selbst-)Optimierungsprozesses im Rahmen einer hypertrophen gesellschaftlichen Konkurrenz« (ebd.) kommen. Was in der Gesellschaftsdiagnostik dem Programm der Foucault'schen Gouvernementalitätsstudien sehr nahe kommt, verlegt sein Augenmerk – für die vorliegende Arbeit instruktiv – aber nicht auf die Beschreibung einer mehr oder minder expliziten Anrufung einer Subjektform, sondern auf die *kalkulativen Praktiken*, die als »technologies of government« (Miller 2001; siehe auch Rose 1991) der Konstruktion einer Subjektform vorausgehen. Vormbusch stellt

30 In ähnlichem Zuschnitt hatten Boltanski/Chiapello (2003) einen »neuen Geist des Kapitalismus« in ihren Managementliteraturstudien ausgemacht, der auf die ästhetische Kritik der Kulturrevolution der 1960er Jahre und dessen Forderung nach Selbstverwirklichung und individueller Freiheit mit flachen Hierarchien und einer Förderung kreativer, flexibler und projektförmigen Arbeitswelten reagiert habe. Gleichwohl scheinen diese, wie die Befunde der Gouvernementalitätsstudien, zu sehr von einem spezifischen Typ wissensbasierter Arbeit auszugehen, die sich keinesfalls ohne Weiteres auf sämtliche Arbeitsbereiche und Wissenskulturen übertragen lässt. Die Arbeitswelten einfacher Dienstleistungen etwa, die noch von Automation betroffen sind, dürften weitaus stärker mechanistisch in seinen Vollzügen und hierarchisch in seiner Koordination ausfallen.

sich damit in die Tradition der soziologisch inspirierten »accounting studies«,[31] die ökonomische Recheninstrumente als *soziale Praktiken* (vgl. Hopwood/Miller 1994, Vollmer 2003; Mennicken/Vollmer 2007) fassen. Für Peter Miller haben insbesondere die im angloamerikanischen Raum »management accounting« oder »cost accounting«[32] genannten Techniken das Zeug zur Regierungstechnologie, da deren Leistung es sei, »to link together responsibility and calculation« (Miller 2001: 381). Derartige Kalkulationstechniken – worunter er z.B. Kosten-, Budget- oder Rentabilitätsrechnungen zählt – erlaubten es, Organisationen zu managen, indem Berechnungen des Managements einerseits mit Berechnungen anderer Einrichtungen verglichen und somit kontrolliert werden könnten. Andererseits würden so Leistungen der Organisationsmitglieder rechnerisch individualisiert und zugleich genau festgelegte, standardisierte Ziele veranschlagt, an deren Erreichung sich ihre Arbeitsleistung bemisst. Auch hier lassen sich die einzelnen Leistungen und Leistungsvorgaben vergleichen und zugleich individuell anpassen. Der Zusammenhang zwischen Leistung und Individuum wird als zu vereinbarende *Leistungsverantwortung* formuliert. Die Techniken fungieren dabei als *soft powers*, da sie das Verhalten der Mitglieder nur indirekt zu beeinflussen suchen »in such a way that they act freely, yet in accordance with specified economic norms« (ebd.: 380). Insofern handelt es sich um einen modus operandi, der den Einzelnen als Akteur fasst, der nach wie vor auf »a whole field of possible responses and reactions« (ebd.) zurückgreifen kann, ja muss. Denn: »[…] management accounting provides a way of ›harnessing the interests‹ of individuals, of *utilizing their autonomy* rather than seeking to suppress it.« (ebd.: 381, Hervorhebung K. M.). Kalkulationen unterdrücken nicht, sondern beruhen vielmehr auf der *Autonomie* von Individuen, die – wie im unternehmerischen Selbst – als Quelle von Differenz und Innovation, Lösungs- und Entscheidungsfindung benötigt werden, auch wenn sie in einem numerischen Korridor operieren, der vom Management vorgegeben wird. Das »calculating self« (Miller 1992) wird entgegen der Weber'schen These von der entmenschlichenden Rationalisierung geradezu als konkrete, in ihren Eigenheiten und Fähigkeiten angesprochene Persönlichkeit ausbuchstabiert und »made operable by the mundane routines and practices of management accounting« (ebd.).

Was bislang als nahezu identisches Forschungsprogramm erschien, weist bei Miller und Vormbusch in mindestens einer bedeutenden Hinsicht Unterschiede

---

31 Siehe vor allem das einschlägige Journal »Accounting, Organizations and Society«, das 1975 von Anthony Hopwood begründet wurde und sich seither den »behavioural, organizational and social aspects of accounting« widmet.

32 Im deutschsprachigen Raum ist üblicherweise von »Controlling« die Rede. Die Begriffe werden im weiteren Verlauf synonym verwendet.

auf: Miller sieht das Unterscheidungsmerkmal von kalkulativen Praktiken im Vergleich zu anderen Formen der Quantifizierung in ihrer reduktionistischen Qualität »to translate diverse and complex processes into a *single financial figure*« (ebd., Hervorhebungen im Original). Die Relevanz kalkulativer Praktiken liege im Umstand begründet, dass das, was gezählt werde, auch üblicherweise zähle. Die »elegance of the single figure« stehe für ein Objektivitäts- und Neutralitätsversprechen, was nicht unbedingt eingelöst werden könne, aber dennoch gelte (vgl. auch ders.: 384f.). Vormbusch (2012: 240, Hervorhebungen im Original) adressiert dies mit seinem Begriff der »Soziokalkulation«, fokussiert allerdings auf den gegenteiligen Befund: Soziokalkulationen als soziale Praktiken beruhen darauf, dass »ihr Konstruktionsprozess im Prinzip *ausreichend* transparent ist und an ihre Objektivität dementsprechend reduzierte Ansprüche gestellt werden«. Das Wissen über das Gemacht-Sein der Zahlen wird kommunikativ gewendet zu einer ›Stärke der Schwäche‹, die sich in einem *»reflexiven Zahlengebrauch«* (ebd.: 241, Hervorhebungen im Original) zeige. Organisationen werden so in die Lage versetzt, in »Deutungs-, Aushandlungs- und Selbstformungsprozessen« den »(Zahlen-)Blick für alternative Gegenwarten und potentielle Zukünfte« zu weiten (ebd.).

Zahlen erzeugen hier gerade ein Orientierungswissen, welches die Kontingenz des Sozialen in Form unterschiedlicher Zukunftsszenarien in Rechnung stellt und zum Kommunikations- und Verhandlungsgegenstand werden lässt. Auch wenn die Nutzer von Statistiken, Prognosen, Hochrechnungen oder Vorhersagen allen voran in wirtschaftlichen Zusammenhängen geradezu besessen davon scheinen, Zukunft berechenbar zu machen, wenn »Zahlenwerke« (Mennicken/Vollmer 2007: 10) gar zum handlungsfähigen Produkt erklärt werden (vgl. Esposito 2010), so sind sie stets auf die »relationale Gewissheit« einer erlebten und »nicht-statistischen Häufigkeitsempfindung« (Priddat 2014b: 261) Einzelner angewiesen. Wahrscheinlichkeitsaussagen basieren auf Vergangenem und nutzen doch zugleich die weitverbreitete Zuversicht der Rezipienten in der Gegenwart, dass die errechnete Wahrscheinlichkeit des Eintretens eines vergangenen Zusammenhangs in der Zukunft auch wirklich zutrifft (vgl. ebd.). Die kalkulativen Praktiken fungieren letztlich als »Nahtstelle zwischen dem vom Subjektiven abstrahierenden Zahlenwissen des Accountings und dem subjektgebundenen impliziten Wissen, den Handlungsmotiven, Deutungsmustern und Kompetenzen der Wirtschaftssubjekte« (Vormbusch 2012: 28). Die Betonung der Autonomie und Verantwortung der unternehmerischen Subjekte wie die Vergewisserung über eine Optionalität von Zukunft kann jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass kalkulative Praktiken ebenso eine nicht zu unterschätzende affektive Kehrseite mit sich führen, die sich als persönlicher oder professioneller Kontrollverlust, prozessuale Unsicherheit bis hin zu einer Instrumentalisierung von Angst äußern kann (vgl. Pyysiäinen et al. 2017). Hiermit wären dann auch all diejenigen Beiträge angesprochen, die Ökonomisierung als

Gefahr für oder Angriff auf staatliche Institutionen, rechtliche Garantien, professionelle Autonomie und dergleichen mehr verstehen.

Bevor dieser Pfad weiter beschritten und die praxis- wie organisationstheoretischen Implikationen der vorliegenden Untersuchung geklärt werden, muss noch festgehalten werden, dass in den Ausführungen von Vormbusch und Miller bereits zwei für den weiteren Argumentationsgang wichtige Aspekte enthalten sind. Diese betreffen das spezifische Wissen, welches für ein tiefgreifendes, differenztheoretisches Verständnis von Ökonomisierung adressiert werden muss. Neben den expliziten Wissensgehalten, die in Kalkulationen zum Ausdruck kommen, gilt es insbesondere das Wissen über Kalkulationen abzugreifen, das im als soziale Praktiken angereicherten *impliziten* Wissen enthalten ist. Dieses bezieht sich einerseits auf das Organisationswissen im Sinne kalkulativer Praktiken des Managements. Andererseits ist es aber auch auf die Autonomie der an Managementprozessen beteiligten Statusgruppen gerichtet, die über keine genuine kaufmännische Berufsbildung verfügen, sondern auf ein anderes Wissen zugreifen. Organisationen erscheinen somit als zentrale Orte der Untersuchung, da davon auszugehen ist, das gerade dort Ökonomisierungsdynamiken entstehen und bearbeitet werden.

2.3 Zwischenfazit: Ökonomisierung als Verhältnis von Autonomie und Kalkulation

In diesem Kapitel standen zweierlei Dinge im Vordergrund. Zunächst wurde ein grober Überblick über den ausufernden Diskurs um den Begriff der Ökonomisierung gegeben. Daran anschließend galt es differenztheoretische Prämissen herauszuarbeiten, die für die hier vorliegende sozialwissenschaftliche Analyse von Ökonomisierungsprozessen instruktiv sind. Der Begriff lässt sich vordergründig als zeitdiagnostische Klammer lesen, die das Koordinatensystem moderner Gesellschaften betrifft. Ist die Rede von Ökonomisierung, wird – gemeinhin in kritischer Absicht – ein Bedeutungs- oder Effektzuwachs unterschiedlicher Aspekte des »Ökonomischen« in gesellschaftlichen Bereichen diagnostiziert, die per definitionem damit bislang nicht (bzw. nur marginal) assoziiert waren. Oder aber es werden strukturelle Veränderungen innerhalb der Wirtschaft mit dem Term beschrieben, die auf gesteigerte Effizienz-, Wettbewerbs- oder Renditeerwartungen abstellen. Als Bindeglied zwischen beiden Strängen wurden die neoklassische Mainstream-Ökonomik identifiziert, welche durch ihre in *mathematischen Modellrechnungen* verpackten Annahmen einerseits das Verständnis und damit auch das Funktionieren von Wirtschaft selbst mitgestaltet. Andererseits sind neoklassische Recheninstrumente in externe Bereiche gelangt, wodurch diese einer ökonomischen Analyse zugeführt werden konnten.

Daraufhin wurde in historisierender Absicht gezeigt, dass der Begriff der Ökonomisierung mit der Entstehung der klassischen Nationalökonomie zur Zeit der frühen Industrialisierung zusammenfällt. Die neue Wissenschaft stellt die Frage nach dem Verhältnis von Wirtschaft und Gesellschaft in letzter Konsequenz als eine von Individuum und Gesellschaft (Liberalismus) bzw. Kapital und Arbeit (Marxismus). Der liberale Flügel der klassischen Nationalökonomie repräsentiert hierbei die Hintergrundfolie für ein Verständnis der Dynamiken zwischen Wirtschaft und Gesellschaft besonders gut, da das Beschreiben des Ökonomischen als eigenständigem Geltungsbereich zunächst noch in enger Verbindung zu gesellschaftlichen Ordnungsvorstellungen und sozialen Normen vollzogen wurde. Ausgehend von physiokratischen Annahmen sowie einem mathematisch orientierten Utilitarismus, entwickelt sich der Markt jedoch sukzessive zum Synonym einer natürlichen Ordnung, welche das Wohl des Individuums, das seine Eigeninteressen verfolgt, und das der Allgemeinheit über die »unsichtbare Hand« Gottes harmonisch integriert. Nutzenmaximierung wird zur ethischen Maxime infolge von natürlichen Gesetzmäßigkeiten, die durch staatliche Eingriffe nicht gestört werden sollten.

Dies ebnet den Weg zur ersten gesellschaftstheoretischen These von Polanyi, der Entbettung, wonach die nunmehr frei entfesselte Marktwirtschaft sich im Rahmen der »Great Transformation« und als Reaktion auf das neue *Maschinenzeitalter* Gesellschaft einverleibt, zu ihrem »Anhängsel« macht. Hierdurch gäbe die Wirtschaft ihre vormalige Einbettung (»embededness«) in soziale Beziehungen, Normen und gesellschaftliche Strukturen infolge ihrer Eigengesetzlichkeit preis und verabsolutiere ihre Gesetze im Rahmen einer *Marktgesellschaft*. Die Verselbständigung der Marktwirtschaft kulminiert in neoklassischen Schulen (z.B. der Lausanner Schule von Léon Walras) nicht mal ein Jahrhundert später in einem allgemeinen Gleichgewichtsmodell von Märkten, das sich mittels Nutzenfunktionen von Angebot und Nachfrage exakt berechnen lässt. Neben der Orientierung an mathematischer Exaktheit ist insbesondere ein wissenschaftlicher Positivismus bezeichnend für die Neoklassik, wie sie am Beispiel von Milton Friedman inspiziert wurde. Der methodische Positivismus verweist auf die Erzeugung einer Evidenz in der realen Welt, die in und durch Modellannahmen aktiv hervorgebracht wird, und damit auf eine enge Verbindung von Wirtschaft und Gesellschaft, die aber nicht unweigerlich in eine Konvergenz mündet. Vielmehr ist hierdurch die Bedeutung von *Technik* – genauer von kalkulativen Praktiken und Recheninstrumenten – für die *Koevolution von Wirtschaft und Gesellschaft* angezeigt (Latour 2006a), die der Gesellschaft keinen eigenen Körper andichtet und diese auch nicht in moralischer Hinsicht über den Bereich der Wirtschaft stellt.

Mit Foucault (2006) wurde daraufhin die zweite gesellschaftstheoretische These von der liberalen Regierungsrationalität vorgestellt, wonach die neoklassischen und neoliberalen Schulen im Verlauf des 19. und frühen 20. Jahrhundert wesentlich

zu einem »Regierungswissen« beitrugen, welches durch technische Mittel der Statistik eine sicherheitsorientierte »Biopolitik« moderner Staaten begründet. Diese Körperpolitik zeichnet sich durch metrische Analysen von Bewegungsgesetzen der Massengesellschaft aus, mit denen die Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Bevölkerung überwacht und zur Produktivitätszwecken gesteigert werden soll. Dies lässt sich allerdings nicht als gesellschaftstheoretisches Erklärungsmuster der »Entbettung« (Polanyi) bzw. der Marktgesellschaft lesen, sondern untersucht politiökonomische Regime, die der »Gesamtheit der Kräfteverhältnisse, die ebenso durch die beherrschten wie durch die herrschenden Kräfte hindurchgeht, die alle beide Singularitäten bilden« (Deleuze 2013: 42f.) entspringen. Foucault macht sich damit – im Gegensatz zu Polanyi – keiner normativen Beschreibung von »Gesellschaft« verdächtig, da hier vornehmlich auf *technischer* Ebene argumentiert wird. Foucaults Begriff des Diagramms und seine relational-funktionalistische Machtanalytik weisen auf die reale Produktion neuer politökonomischer Wahrheiten hin, er vergewissert sich aber dabei nicht, ob die Geltung dieser auch an die Existenz gesellschaftlicher *Werte* gebunden ist und in welcher Weise diese Relation *organisiert* wird.

Daraufhin wurden vier für den Gang der Argumentation wesentliche differenztheoretische Prämissen von Ökonomisierung dargelegt. Die vier eingeführten Prämissen (Autonomie, Rationalisierung, Quantifizierung und Vergleich sowie Kalkulation) umreißen die Natur des Ökonomischen als Verbund aus **(1)** relativ wertstabilen Gesellschaftsbereichen und Praktiken, die über eine gewisse Autonomie verfügen, auf denen Ökonomisierungsvorhaben aufsetzen. Insbesondere auf die Eigenlogik von Organisationen und Professionen ist in diesem Zusammenhang abzustellen, da hier die erforderlichen Praktiken entstehen und vollzogen werden, die dann als »Leistungen« ökonomisiert werden sollen. Damit dies geschehen kann, bedarf es **(2)** einer Kultur der Rationalisierung, wie sie Max Weber beschrieben hat. Die auf rationaler Berechnung basierende Kultur westlicher Gesellschaften ist hiernach nicht allein als Anwendung naturwissenschaftlich-mathematischer Methoden kapitalistischer Betriebsführung, der legitimen Herrschaft bürokratischer Regelbefolgung und juristischer Rechtsprechung zu begreifen, sondern als Ausdruck einer eigenständigen »Wertsphäre« zu verstehen, die untrennbar mit dem alltäglichen Leben, den Interessen und Werten der Menschen verbunden ist. Um eine rationalistische Kultur im gesellschaftlichen Alltag des Okzidents zu verankern, müssen **(3)** Instrumente und Praktiken der Quantifizierung und Vergleichung verfügbar sein, die vermittels ihrer Messvorgänge numerische *Werte* erzeugen und in Form von Vergleichen simultan *Gleichheit und Differenz* erzeugen. Messinstrumente (in Form von Rankings, Ratings, Scores und dergleichen) und die durch sie erzeugten Zahlen stabilisieren soziale Kategorien und Rangverhältnisse und leisten hierdurch einen Beitrag zu sozialer Ordnung und verlässlicher Kommunikation. Davon zu unterscheiden sind **(4)** volks- wie betriebswirtschaftliche Kalku-

lationen, denen in Form der *doppelten Buchführung* in einer erwerbswirtschaftlich orientierten Ökonomie eine besondere Funktion zukommt. Sie halten Organisationen einen numerischen Spiegel vor und versetzen sie in die Lage, zukünftige Erwerbsverhältnisse auf Grundlage vergangener Messungen in der jeweils ungewiss und fragil erscheinenden Gegenwart zu berechnen und auf dieser Grundlage *erwerbsmäßige Entscheidungen* für die Zukunft zu treffen.

Diese vier Prämissen dienen der Vorbereitung des metatheoretischen Rahmens, der die empirischen Analysen anleiten soll. Die These, die sich damit verbindet, läuft eine Bestimmung von Ökonomisierung als *Verhältnis von Autonomie und Kalkulation* hinaus. Dieses lässt sich aber nicht allein mit Bezug auf gesellschaftstheoretische Argumente und Literaturanalysen bestimmen. Vielmehr muss empirisch nachvollzogen werden, wie soziale Autonomie und ökonomische Berechnungsinstrumente praktisch in Beziehung gesetzt werden. Hierzu wird der Blick auf Organisationen gerichtet, in denen das praktische Ins-Verhältnis-Setzen unterschiedlicher Erwartungen, Logiken bzw. Rationalitäten zum Alltagsgeschäft gehört. Um die Vorgänge, die mit dem Phänomen der Ökonomisierung in Verbindung gebracht werden, besser verstehen und erklären zu können, wird daher im folgenden dritten Kapitel eine praxis- und organisationstheoretisch informierte Perspektive auf den Untersuchungsgegenstand entwickelt.

3. Ökonomisierung aus praxis- und organisationstheoretischer Perspektive

»Den *accounts* der Ethnomethodologie – methodische Praktiken der Aufweisung von Sinn im Sprechen und Handeln – korrespondiert das *Accounting* der Betriebswirtschaftslehre, in dem der aufgewiesene Sinn in Soll und Haben und in Ketten der Verursachung von Outputs durch Inputs terminiert.« (Ortmann 2007: 7, Hervorhebungen im Original)

»Offensichtlich kann jede Organisation einer ökonomischen Betrachtung unterzogen werden, ohne dass die institutionellen oder gemeinschaftlichen Momente deswegen vernachlässigt werden müssen.« (Priddat 2013: 418)

Nachdem ein erster Überblick über das Diskursfeld der Ökonomisierung und die Prämissen, welche Ökonomisierungsvorgänge anleiten, gegeben wurde, wird der Gegenstand der vorliegenden Untersuchung nun stärker metatheoretisch konturiert. Dafür wird auf praxis- sowie organisationssoziologische Theoriebausteine zurückgegriffen, die bei der Lösung des theoretischen Problems helfen sollen, das sich aus der soeben vollzogenen Betrachtung von Ökonomisierung als Verhältnis von Autonomie und Kalkulation ergibt. Wie gezeigt wurde, ist dieses Problem bereits in Webers Rationalisierungsthese virulent, nach der Rationalisierung einerseits als Individualisierung und damit Selbstbestimmung der Lebensführung, andererseits aber auch als Disziplinierung des Lebens durch Bürokratien verstanden wird, die als »stahlharte Gehäuse der Hörigkeit« jeder freien Entfaltung durch *personenunabhängige Regelsetzung* widersprechen (vgl. Kieser 2006a: 77). Webers Bürokratietheorie läuft dabei Gefahr, die Regelhaftigkeit und Berechenbarkeit bürokra-

tischer Organisationen durch einen analytischen Fokus auf Aspekte der Formalstruktur idealistisch zu überzeichnen bzw. zu verkürzen.

Die Annahme einer einseitigen *Befolgung* formaler Regeln spiegelt nur einen Teil typischer Organisationsrealitäten wider. Ein wesentlicher Teil derselben formiert sich auch in informellen Zusammenhängen und zieht die Aufmerksamkeit auf Fragen der *praktischen Regelanwendung*. Dies war Weber (1980: 128 [1922]) durchaus bewusst: »Stets ist die Frage, wer *beherrscht* den bestehenden bürokratischen Apparat?« Er verweist damit auf das Beamtentum, das sich als soziale Gruppe infolge seines Expertenwissens in einer privilegierten Position befindet und in der Lage ist, das bürokratische Setting nach den eigenen Partikularinteressen zu formen. Weber kann dies zwar adressieren, aber aus zweierlei Gründen nicht angemessen theoretisch reflektieren: Erstens, weil er sich dem methodologischen Individualismus verschrieben hat, der soziale Phänomene einseitig und letztgültig an den subjektiv gemeinten Sinn des Einzelnen rückbindet. Zweitens, weil seine Forschungslogik auf Idealtypen abstellt, die sich auf eine formale Definition sozialer Entitäten beschränken muss (vgl. für eine praxistheoretische Kritik Bourdieu/Chamboredon/Passeron 1991; Bourdieu/Wacquant 1996). Um über diese beiden Defizite hinwegzugehen, widmet sich das nachfolgende Kapitel dem »Practice Turn«. Mit Hilfe eines praxistheoretischen Instrumentariums wird das Ziel verfolgt, eine differenziertere Konzeption des Sozialen insgesamt zu erlangen und praxistheoretische Beschreibungen von Organisationen und Ökonomisierungsvorgängen zu entwickeln.

3.1 »Practice Turn« in den Sozial- und Kulturwissenschaften

> »Wenn man vor der Welt, wie sie ist, fliehen will, kann man Musiker werden, Philosoph, Mathematiker. Aber wie flieht man vor ihr, wenn man Soziologe ist? Es gibt Leute, die das schaffen. Man braucht nur mathematische Formeln zu schreiben, Spieltheorieübungen oder Computer-simulationen durchzuexerzieren. Wenn man wirklich die Welt wenigstens ein bisschen so sehen und so über sie reden will, wie sie ist, dann muss man akzeptieren, dass man sich immer im Komplizierten, Unklaren, Unreinen, Unscharfen usw. und also im Widerspruch zu den gewöhnlichen Vorstellungen von strenger Wissenschaftlichkeit befindet.« (Bourdieu/Chamboredon/Passeron 1991: 282f.)

Im folgenden Abschnitt wird der »Practice Turn« (vgl. Schatzki/Knorr-Cetina/von Savigny 2001) in den Sozial- und Kulturwissenschaften vorgestellt. Praxistheorien[1] stellen ein Forschungsprogramm dar, das sich um die Lösung eines lange ausgetragenen Disputs in den Sozial- und Kulturwissenschaften bemüht. Es geht bei der Kontroverse um ein angemessenes sozialtheoretisches Verständnis des Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft, bei der sich Vertreter individualistischer auf der einen Seite und Vertreter kollektivistischer Ansätze auf der anderen Seite gegenüberstehen. Im Kern steht die Systematisierung des Sozialen zur Disposition, die sich für gewöhnlich in Form einer Mikro-Makro-Dichotomie darstellt, einer Trennung in zwei grundverschiedene Elemente. Dahinter verbergen sich allerdings

1 Es wird im Folgenden immer von Praxistheorien im Plural gesprochen, da das Feld keiner einheitlichen Theorievorlage folgt, sondern recht unterschiedliche Impulse aufgreift und auf verschiedene Themengebiete verteilt ist. Pierre Bourdieus Entwurf einer Theorie der Praxis (1979) und Anthony Giddens' Theorie der Strukturation (1984) können hierbei als Ausnahmen gelten, da sie zwei systematische Entwürfe einer Praxistheorie vorgelegt haben. Mit eingeschlossen sind Ansätze, die »Praxeologie« (z.B. Bohnsack 2007, hierzu mehr unter 5.) und »Theorien sozialer Praktiken« genannt werden. Siehe für eine Übersicht Hillebrandt (2014); Nicolini (2012); Reckwitz (2003); Schäfer (2016); Schatzki/Knorr-Cetina/von Savigny (2001); Turner (1994).

nur noch grundlegendere Dichotomien, wie die von »actor/system, social/material, body/mind, theory/action« (Nicolini 2012:2). Praxistheorien nehmen hierbei eine vermittelnde Rolle ein, da sie davon ausgehen, dass »both social order and individuality […] result from practices‹ (Schatzki 1996: 13).

In aller Kürze rapportiert (vgl. Reckwitz 2003: 282-301) setzt der *methodologische Individualismus* zur Erläuterung der Frage, wie das Soziale zu erklären ist, beim Individuum an. Soziale Phänomene (z.B. Eheverträge oder Marktpreise) werden als Ergebnis individuellen Verhaltens aufgefasst, der Mensch als frei entscheidender Akteur mit eigenen Interessen, (stabilen) Präferenzen und Wahlmöglichkeiten konzipiert. Der methodologische Individualismus geht auf Max Webers Entwurf sozialen Handelns zurück, »welches seinem von dem oder den Handelnden gemeinten Sinn nach auf das Verhalten anderer bezogen wird und daran in seinem Ablauf orientiert ist.« (Weber 1980: 1, [1922]) Daraus ergibt sich eine Definition des Fachs Soziologie als Wissenschaft, die »soziales Handeln deutend verstehen und dadurch in seinem Ablauf und seinen Wirkungen ursächlich erklären will« (ebd.). Wie weiter oben bereits dargelegt wurde (vgl. 2.2.2), ist für Weber die Zweckrationalität individuellen Handelns von herausgehobener Bedeutung für die moderne Gesellschaft. In dieser Hinsicht steht er mit seiner Methode Pate für das Menschenbild des »homo oeconomicus« und hat eine breite Rezeption in der deduktionslogischen Rational-Choice Theorie (vgl. Coleman 1991; Esser 1993) erfahren. Ein weiterer handlungstheoretischer, stärker kollektivistisch orientierter Strang, der sich vom allzu eng umrissenen ökonomischen Menschen distanziert, ist die Rollentheorie, wie sie im Menschenbild des »homo sociologicus« zum Ausdruck kommt und von Ralf Dahrendorf (2006 [1958]) mit Bezug auf Durkheim und Parsons entwickelt wurde. Entscheidend für Vergesellschaftungsprozesse sind in diesem Entwurf weniger die individuellen, zweckrationalen Wahlentscheidungen der Menschen, sondern die Existenz vielfältiger sozialer Regeln bzw. Institutionen, denen sich Akteur*innen vermittels Rollen annehmen. Der Blick richtet sich vor allem auf die »Etablierung normativer sozialer Erwartungen« (Reckwitz 2003: 287), die sich als Referenzen in den Handlungen der Akteur*innen verankern[2] und hierüber Handlungskoordination trotz divergierender Interessen und damit letztlich gesellschaftliche Ordnung gesichert wird.

Kollektivistische Theorien auf der anderen Seite versuchen das Soziale in abstrakten, formalen Kategorien zu fassen und zeichnen sich durch ein Desinteresse an der Kategorie des (subjektiven) Sinns für Vergesellschaftungsprozesse aus. Georg Simmels relationale Soziologie des »Dritten« etwa entwirft – analog zu seinen bereits dargestellten Beschreibungen der Ökonomie, (siehe 2.2.3) – das Soziale als

---

2 Etwa in Parsons Modell des »unit act« (1937), das als Komplex aus handelnder Person, den Handlungszielen sowie Handlungssituationen und wirksamer wertbasierter Orientierungen konzipiert ist.

abhängig von quantitativen Größenverhältnissen. In seinen »Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung« verlegt er sich auf die Ansicht, eine soziale Gruppe werde ihrem Inhalt nach stets von »einer bestimmten numerischen Ausdehnung« (Simmel 1908: 32) bedingt und nicht etwa durch den Sinn, welchen einzelne Gruppenmitglieder durch Interaktionen ihrem Zusammenkommen beimessen. Eine andere klassische Position vertritt Karl Marx. Sein historischer Materialismus leitet das individuelle Bewusstsein aus dem gesellschaftlichen Sein ab, wie es sich im dialektischen Verhältnis der Produktivkräfte Kapital und Arbeit und Prozessen der Kapitalakkumulation im Zeitverlauf materialisiert. Für kollektivistische Theorien ist das Soziale nicht auf Eigenschaften und Handlungen von Individuen reduzibel, sondern stets als von den Individuen unabhängiges Phänomen der *Emergenz* zu verstehen und somit auf einer höheren Ordnungsebene im Sinne sozialer Tatsachen (Durkheim 1976 [1895]), kapitalistischer Produktionsverhältnisse (Marx 1971 [1859]) oder sozialer Systeme (Parsons 1991 [1951], Luhmann 1987) zu verorten.

Praxistheorien wiederum hintergehen diese Dichotomie und arbeiten an der Schnittstelle von Struktur und Akteur. Dabei arbeiten sie mit ganz unterschiedlichen philosophische Bezügen, finden ihren Ausgang in der späten Sprachphilosophie von Wittgengenstein, phänomenologischen Ansätzen (Nietzsche und Heidegger) und im Dialektischen Materialismus von Marx (vgl. Nicolini 2012: 29-44). Sie sind mit Reckwitz (2003: 288f.; vgl. auch ders. 2000) als spezifische »Kulturtheorien« zu verstehen, die aus den getrennt voneinander entstandenen Cultural Studies und Science Studies zwischen den späten 1960er bis in die 1980er Jahre hervorgegangen sind (vgl. auch Hillebrandt 2014: 15f.). Allgemein gesprochen beantworten Kulturtheorien die Frage nach der Bestimmung des Sozialen über einen Rekurs auf die alltäglichen, zunächst selbstverständlich erscheinenden Aktivitäten und Alltagsgewissheiten, die bei genauerer Betrachtung in Zusammenhang mit einer kollektiv geteilten Kultur im Sinne »symbolisch-sinnhafter Regeln« (Reckwitz 2003: 288) stehen. Auf deren Grundlage gelingt es Menschen, sich ihre Umwelt sinnhaft zu erschließen, Dingen Bedeutung beizumessen und die Welt als geordnetes Ganzes zu erleben und zu verstehen. Als »paradigmatischer Fall« kann »die Semantik der Sprache« (ebd.) gelten, aber auch Symbole ($ oder §), Rituale wie das Händeschütteln und spezifische kulturelle Codes (z.B. das Tragen einer bestimmten Modemarke als Ausdruck der Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe) sind an der Konstruktion symbolischer Ordnungen und gesellschaftlicher Wirklichkeit beteiligt, die mittels Kulturtheorien untersucht werden (siehe grundlegend Berger/Luckmann 1969).

Innerhalb des kulturalistischen Paradigmas lassen sich unterschiedliche Spielarten benennen, die Reckwitz (2003: 288ff.) als »Mentalismus«, »Textualismus« und »Theorie sozialer Praktiken« bezeichnet. Mentalistische Kulturtheorien fassen derlei symbolische Ordnungen als ideelle Gebilde auf, die im geistig-mentalen Apparat

der Menschen zu Weltbildern und Ideologien verfangen[3], als unbewusste Kräfte oder intentionale Bewusstseinsakte des Einzelnen fortleben und Sinngehalte generieren. Textualistische Ansätze situieren die symbolischen Ordnungen in Texten, die in Diskursen sowie auf Ebene kommunikativer Vollzüge verortet werden. Wie Reckwitz plastisch beschreibt, ist für ersteren Strang »Kultur im ›Innern‹ des Mentalen verborgen« während für den Textualismus die Kultur »genau umgekehrt im Außen der Diskurse, der Texte, der Symbole, der kommunikativen Sequenzen« (ebd.) aufzuspüren ist. Die letzte, hier im Besonderen interessierende Variante der »Theorie sozialer Praktiken« weicht von den beiden erstgenannten Varianten insofern ab, als dass sie deren »›Intellektualisierung‹ des sozialen Lebens« (ebd.: 289) nicht teilt. Damit ist gemeint, dass für die Theorie sozialer Praktiken Kultur nicht als ein objektiv erfassbares und katalogisierbares Wissen zu verstehen ist. Es ist nicht statisch und repräsentational auf ein *Was* – ein »geistiges ›knowing that‹« (ebd.) gerichtet – und insofern nicht als formales, kognitiv verfügbares oder kommunikativ codierbares Wissen einseitig fassbar.

Kultur wird vielmehr in informellen und somit »atheoretischen« (Mannheim 1980) Wissensbeständen verortet, denen eine »implizite Logik der Praxis« (Reckwitz 2003: 291) unterliegt. Diese Logik stellt auf Prozesse ab, in denen sich ein *Fertigkeits- und Verfertigungswissen* zeigt. Es ist in erster Linie an einem *Wie* (»know-how«, ebd.) orientiert. Kultur ist in einer solchen Lesart ein Wissen darüber, wie die Welt und ihre Dinge gemacht werden und gemacht sind. Praxistheorien sind stark *empiristisch* ausgerichtet, indem sie am Nexus der direkten, situations- und prozessbezogenen Kategorie der *Erfahrung* ansetzen. Das über Erfahrungen erzielte implizite Wissen ist immer schon als Antwort auf ein situatives »Bezugsproblem« (Bohnsack 2007) zu begreifen, welches den Akteur*innen einen »praktischen Sinn« (Bourdieu 1987) abverlangt. Über den Aufbau von Verhaltens- und Sprechroutinen konstituiert sich ein »modus operandi« (ders.), der sich in den »Körper der handelnden Subjekte ›inkorporiert‹« (Reckwitz 2003: 289), also fest einschreibt. Menschlichen Körpern kommt in praxistheoretischen Ansätzen im Gegensatz zu anderen Sozialtheorien eine besondere Rolle zu: Sie wirken einerseits »nach innen« (ebd.: 290) als Ankerpunkt und Mobilisationsinstanz eines auf die Ausführung von routinemäßigen Körperbewegungen gerichteten, in der Regel nicht explizierbaren Wissens, das die Menschen befähigt, aktiv zu sein und »Dinge zu tun«. Dies trifft auf so unterschiedliche Aktivitäten zu, wie Treppen steigen, eine Vorhand im Tennis schwingen oder die Naht in einer chirurgischen OP ziehen. »Nach außen«

---

3 Vgl. etwa die phänomenologische Soziologie von Alfred Schütz (1974) sowie Webers Kulturbegriff, der Kultur als »ein vom Standpunkt des Menschen aus mit Sinn und Bedeutung bedachter endlicher Ausschnitt aus der sinnlosen Unendlichkeit des Weltgeschehens« (1985: 179, [1904]) definiert, zu der die Sozialwissenschaften nur methodischen Zutritt erlangen könnten, wenn sie die »Wertideen« des einzelnen »Kulturmenschen« untersuchten.

(ebd.) werden Körper andererseits als soziale Praktiken lesbar, da sie gemeinsam mit »materialen Artefakten« (ebd.), also relativ festen physischen Objekten, etwas tun, das sich als performativer Akt, als Leistung (»skillful performance«) beobachten lässt. Bezogen auf die Nahtführung im Rahmen einer chirurgischen OP lässt sich leicht besehen, dass hierfür ein gewisses händisches Geschick im Umgang mit dem Nahtmaterial und dem Körper der Patient*innen nötig ist, dass durch die Ausübung dieser Praxis sichtbar wird. Insofern ist Materialität (in Form von Körpern und Artefakten) aus Sicht der »Theorie sozialer Praktiken« unmittelbar am Prozess des Sozialen beteiligt und erweist sich den Handelnden als manifeste Qualität und soziales Regulativ zugleich, die eine »zumindest relative Reproduzierbarkeit und Repetitivität von Handlungen über zeitliche Grenzen und über räumliche Grenzen hinweg« (ebd.) sicherstellt. Menschen werden in Abhängigkeit von materialen Bedingungen jedoch nicht zu *Automaten* gemacht, die nur durch die Aufrechterhaltung eingeschliffener Handlungsvollzüge in Erscheinung treten und insofern strukturalistisch determiniert sind. Vielmehr lassen Praxistheorien und dafür sensibilisierte empirische Forschungen mechanistische Annahmen hinter sich und interessieren sich demgegenüber für soziale Ordnung als das Verhältnis von »Regelgemäßheit und Regelmäßigkeit« (Mensching 2017: 62f., siehe weiter unten 5.3) also für das Verhältnis, das eine institutionalisierte soziale Regel bzw. gesellschaftliche Norm zu ihrer praktischen Anwendung pflegt.

Als radikaler Vorläufer einer praxissoziologischen Perspektive kann die Ethnomethodologie (vgl. Garfinkel 1967/1984) gelten, die eine vorgängige Existenz gesellschaftlicher Normen zugunsten stets nur situativ gültiger »Basisregeln«, die in alltäglichen Praktiken immer wieder neu verhandelt und hervorgebracht werden, bestreitet. Diese konstitutive Trennung läuft darauf hinaus, neben den Routinevollzügen auch immer von einer »*Unberechenbarkeit der Praktiken*« (Reckwitz: 2003: 294) und einer »Instabilität der Praxis (Schäfer 2013) auszugehen. Es kommt aus Sicht der Praxisforschung also weder darauf an, nach den Arten der Determination des Sozialen durch objektiv gültige Regeln zu fragen, noch alle sozialen Phänomene aus den subjektiv konstruierten Sinngehalten und Interaktionen abzuleiten. Der Blick wird vielmehr auf routinehafte Praktiken gelegt, die als *ereignishafte* Artikulationen eines praktischen Wissens fortwährend Modulationen produzieren und insofern komplex und unberechenbar bleiben (zum grundlegenden Verhältnis von »Differenz und Wiederholung« in dieser Lesart, vgl. Deleuze 1992). In der Praxisforschung tritt daher zur häufig verfolgten Frage, wie spezifische Praktiken verstanden und in ihre Einzelteile dekomponiert werden können, hinzu, den Prozessen nachzugehen, in denen Praktiken wirksam werden. Hildebrandt definiert in diesem Sinne »regelmäßige Verkettungen von Praktiken« (Hildebrandt 2014: 59) als Praxisformationen. Die Praxisforschung hat es dabei auf die Rekonstruktion eines »Bündel von Aktivitäten« (Reckwitzt 2003: 289) abgesehen. Die genannten Inhalte der anderen Kulturtheorien können hier auch beinhaltet sein, sie gehen jedoch

als aktive Vollzugskräfte in einer praxistheoretischen Lesart auf, die zuvorderst auf die »*wissensbasierte* Tätigkeit« (ebd.: 292, Hervorhebung im Original) sozialer Praxis abstellt. Damit ist impliziert, dass Routinen nicht selten in Spannungsverhältnissen stehen, mit anderen Regeln und Logiken konfligieren und scheitern können und gegebenenfalls modifiziert oder gar aufgegeben werden müssen. Pierre Bourdieu, der im kommenden Abschnitt ausführlich diskutiert wird, hat dies als *Logik der Praxis* immer wieder hervorgehoben und auf Konfliktlinien hingewiesen, die einen »gespaltenen Habitus« zur Folge haben können (so etwa in seinen Arbeiten zu den Kabylen, vgl. Bourdieu 1979/2015: 9-66, 2004).

3.2 Bourdieus Habituskonzept und Sozialtheorie als Ökonomie der Praxis

> »The science called ›economics‹ is based on an initial act of abstraction that consists in dissociating a particular category of practices, or a particular dimension of all practice, from the social order in which all human practice is immersed.« (Bourdieu 2005: 1)

Um das Augenmerk jetzt erneut auf ökonomische Fragestellungen zu richten, wird zunächst Bourdieus Habituskonzept im Rahmen seiner Theorie der Praxis besprochen und anschließend auf seinen Entwurf von Wirtschaft als Ökonomie der Praxis abgestellt. Bourdieu ist nach Marx, Heidegger und Wittgenstein einer der wegweisenden Denker einer Theorie der Praxis.[4] Die Bourdieu'sche Soziologie bezieht seine Anziehungskraft zum Einen aus der weiter oben bereits angeführten Vermittlung zwischen Objektivismus und Subjektivismus, die sich jeder »›substantialistischen‹ Ausdeutung« (Bourdieu 1998a: 15) des Verhältnisses von Struktur und Handlung widersetzt. Sie vertritt einen »genetischen« Strukturalismus (vgl. Wacquant 1996: 21), der ohne Determinismus auskommt, da er sich um ein Verständnis der *Erzeugungsprinzipien* sozialer Welten bemüht. Um eine »Theorie des Erzeugungsmodus der Praxisformen« zu entwerfen, müsse erkenntnistheoretisch vom »*modus operatum*« zum »*modus operandi*« übergegangen werden (2015: 164, Hervorhebungen im Original). Was so viel bedeutet wie, es zu vermeiden, anhand statistischer

4 Ein interessanter Fall ist Norbert Elias mit seiner Figurations- und Prozesssoziologie. Elias verfolgt eine ähnliche Theorieanlage wie Bourdieu u.a. ist für ihn der Habitusbegriff von ebenso zentraler Bedeutung, allerdings stellt er nicht systematisch auf den Begriff der Praxis ab, stellt eher den Prozessbegriff in den Mittelpunkt seines Forschungsansatzes.

Regelmäßigkeiten oder einer »algebraischen Struktur« auf die tatsächlichen Praktiken der sozialen Welt schließen zu wollen, um nicht »vom Modell der Realität zur Realität des Modells überzugehen« (ebd.).

Das schillernde Konzept von Bourdieu, welches seinen Vorschlag für ein neues sozialwissenschaftliches Paradigma im Kern ausmacht, ist der *Habitus*. Er entwickelte den Begriff im Rahmen seiner frühen Studien zu den Kabylen in Algerien, die sich als »Gründungsszene« (vgl. Schäfer 2014) seiner Theorieentwicklung lesen lässt. Bourdieu hatte in Algerien aus nächster Nähe (er leistete dort als Rekrut zwischen 1955 bis 1957 seinen Militärdienst) beobachtet, wie die traditionelle (»symbolische«) Ökonomie der Kabylen mit dem kapitalistischen Wirtschaftsverständnis der französischen Kolonialherren zusammentraf und im Rahmen des radikalen Transformationsprozesses der algerischen Gesellschaft zu Brüchen führte, die mit der Existenz und dem Fortbestand tradierter Denk- und Handlungsschemata – dem Habitus der Kabylen – zusammenhingen. Am Beispiel der vorkapitalistischen Ökonomie der Kabylen konnte Bourdieu zeigen, »daß unserem Handeln öfter der praktische Sinn zugrunde liegt, als rationale Berechnung« (Bourdieu 2004: 82). Das Individuum bringt demnach sich und seine soziale Welt nicht unabhängig von materiellen Bedingungen (Marx) gleichsam als intentionalen Akt der Berechnung (oder des Willens und der Vorstellung) eigenständig hervor. Im Gegenteil reicht die soziale Welt so tief in die Menschen hinein, dass sogar ihre körperlichen Empfindungen und Bewegungsabläufe sozial konnotiert sind. Für Bourdieu ist all das, was Menschen in Auseinandersetzung mit ihrer sozialen Welt sinnlich erfahren, welche Lebensweise sie verfolgen, wie sie gestikulieren, welche Mode sie bevorzugen, was ihnen schmeckt oder worüber sie sich belesen, Ausdruck einer direkten Verwobenheit von Körper und Welt: »Der Körper ist in der sozialen Welt, aber die soziale Welt steckt auch im Körper« (ebd.: 194). Die »unmittelbare Beziehung, durch Berührung« (ebd.: 174), die der Körper zur sozialen Welt unterhält, findet seinen Widerhall im Konzept des Habitus. Er umfasst »Wahrnehmungs-, Bewertungs- und Handlungsschemata« (ebd.: 177), die sich in den Körper des Einzelnen eingeschrieben (inkorporiert) haben, aber stets kollektiv angeeignet und von sozialen Gruppen mit ähnlichen Sozialisationsbedingungen geteilt werden. Bourdieu (2015: 165) konzipiert den Begriff daraufhin als

> »Systeme dauerhafter Dispositionen, strukturierter Strukturen, die geeignet sind, als strukturierende Strukturen zu wirken, mit anderen Worten: als Erzeugungs- und Strukturierungsprinzip von Praxisformen und Repräsentationen, die objektiv ›geregelt‹ und ›regelmäßig‹ sein können, ohne im geringsten das Resultat einer gehorsamen Erfüllung von Regeln zu sein; die objektiv ihrem Zweck angepaßt sein können, ohne das bewußte Anvisieren der Ziele und Zwecke und die explizite Beherrschung der zu ihrem Erreichen notwendigen

> Operationen vorauszusetzen und die, dies alles gesetzt, kollektiv abgestimmt sein können, ohne das Werk der planenden Tätigkeit eines ›Dirigenten‹ zu sein.«

Die soziale Welt ereignet sich verlässlich in regelmäßiger, objektiver, sinnerfüllter Art und Weise, obwohl sie keiner erzwungenen Regelbefolgung, keiner bewussten Zweck-Mittel-Rationalität und keines Dirigenten bedarf. Entscheidender für menschliches Handeln ist der praktische Sinn, der das Ergebnis der »Dialektik von objektiven und einverleibten Strukturen« (ebd.: 164), wie sie im Habitus zusammenfallen, ist. Er »konstituiert die Welt als signifikant, indem er spontan ihre immanenten Tendenzen antizipiert, so wie ein Fußballspieler mit seinem umfassenden Überblick über das Spiel noch im hitzigsten Gefecht die Spielzüge seiner Gegner oder Mitspieler augenblicklich intuitiv erfaßt und ohne Innehalten oder Berechnung ›inspiriert‹ agiert und reagiert.« (Wacquant 1996: 42) Nicht Intentionen, Nutzenkalküle oder Regeln richten demnach das Handeln in konkreten Situationen aus, sondern relativ stabile, durch Sozialisation erworbene *Dispositionen*, die »von der Welt konstruiert« (Bourdieu 2004: 174) wurden und daher das praktische Erkennen des Einzelnen unbewusst formen und ihn *implizit* wissen lassen, welches Verhalten in jeweils unterschiedlichen Situation angemessen und richtig ist. Als »praktische Operatoren« (Bourdieu 2015: 229) ermöglichen und beschränken sie Handlungen zugleich, richten sie aus, ohne sie jemals vollständig zu determinieren.

Der Habitus strebt folglich nach einer sozialen Welt, die in Einklang steht mit den kulturellen Schemata und Haltungen, die in der sozialen Praxis erworben und verstetigt wurden. Durch sein Beharrungsvermögen in Situationen, die von Ambiguität und Unsicherheit geprägt sind, gilt er als träge. Überhaupt zeigt er sich erst, wenn die »Beziehung unmittelbarer Angemessenheit« (Bourdieu 2004: 208) gestört ist, wenn situative Problemlösungen, auf die die verkörperten Schemata und impliziten Wissensgehalte zielen, nicht mehr greifen. Dennoch ist der Habitus seines Trägers nicht starr, ist die eingenommene soziale Position infolge der verkörperten Dispositionen nicht unverrückbar. Unter den Bedingungen eines gesellschaftlichen Strukturwandels (wie Bourdieu ihn in Algerien studiert hatte), auch bei sozialem Aufstieg, kommt es häufig zu Spannungen zwischen Habitus und sozialer Position. Werden die Spannungen zu groß oder halten über längere Zeit an, können »oft zerrissene, in sich widersprüchliche Habitus, deren innere Gespaltenheit Leiden verursacht« (ebd.: 206), die Folge sein. Andererseits fungiert der Habitus als »Erzeugungsprinzip von Strategien, die es ermöglichen, unvorhergesehenen und fortwährend neuartigen Situationen entgegenzutreten« (Bourdieu 2015: 165). Im Sinne einer »geregelten Improvisation« (ebd.: 179) werden individuelle Freiheitsgrade sichtbar, die auch damit zu tun haben, dass Menschen unaufhörlich neue Erfahrungen machen, die im Körper sedimentieren und den Habitus einer »Art ständiger Revision« unterwerfen, »die aber niemals radikal ist, da sie sich auf der

Grundlage von Voraussetzungen vollzieht, die im früheren Zustand verankert sind. Sie zeichnen sich durch eine Verbindung von Beharren und Wechsel aus, die je nach Individuum und der ihm eigenen Flexibilität oder Rigidität schwankt« (Bourdieu 2004: 207). Die gängige Kritik an Bourdieu, er vernachlässige mit seinem Habituskonzept die Wandlungsfähigkeit von Menschen, stemple sie zu Marionetten ab und Rede einem konservativen Gesellschaftsbild und damit letztlich einem Sozialdeterminismus das Wort, kann durch diese Zeilen mit einigem Recht widersprochen werden.

Die Selbstverständlichkeit des Habitus, die ihn unsichtbar und zugleich wirkmächtig macht, stellt auch die Ausgangsbedingung für Bourdieus klassentheoretischen Gesellschaftsentwurf und seiner Sozialtheorie als *Wissenschaft der Ökonomie der Praxis* dar. Bourdieu zufolge steht der Habitus stets mit einer sozialen Position in Korrespondenz, wird inmitten einer spezifischen sozialstrukturellen Klassenlage gebildet. Auch hier steht der Körper im Fokus, stellt er doch »die unwiderlegbarste Objektivierung des Klassengeschmacks« (Bourdieu 1999: 307) dar. Für Bourdieu entsteht eine Klassenlage – nicht wie bei Marx infolge eines Klassenbewusstseins – vermittels einer kulturellen Praxis, die, weil sie eben einverleibt wurde, die Tendenz aufweist, sich und damit aktuelle Herrschaftsverhältnisse zu reproduzieren.[5] Insbesondere über die Erlangung und Ausübung eines *Berufs* formieren und stabilisieren sich Klassenlagen, da in jenen *kulturelles Kapital* in Form von Fähigkeiten, kulturellen Gütern und Bildungstiteln gesammelt wird, die für eine Klassenzugehörigkeit entscheidend sind. Zum ökonomischen Kapital (Geld) tritt bei Bourdieu (vgl. ders. 1983) also kulturelles sowie soziales Kapital hinzu, das sich durch Mitgliedschaft in langfristigen sozialen Beziehungen bildet. Die Kapitalformen werden in Auseinandersetzungen um Positionen in *Feldern* erzeugt und verwendet. Der Feldbegriff fungiert als das Gegenstück zum Habitus und wird begriffen als »Ensemble objektiver historischer Relationen zwischen Positionen, die auf bestimmten Formen von Macht (oder Kapital) beruhen« (Wacquant 1996: 36). Gebildet werden Felder über spezifische durch den Habitus vermittelte Praxisformen, die sich zwischen den Akteur*innen eines gemeinsamen Feldes einstellen und eine Brücke zu den sozialen Positionen herstellen. Gesellschaft wird damit in der Trias von Habitus-Feld-Kapital erfasst und als differenziertes Ensemble relativ autonomer Felder bzw. »Spiel-Räume« (ebd.: 37) konzipiert. Sie sind die Arenen, in denen Akteur*innen *Konflikte* über den Zugang zu und Besitz von Formen der Macht (Positionen, Status, Titel, Geld, Bekanntschaften, Anerkennung etc.) austragen und kontinuierlich nach Möglichkeiten zur individuellen *Distinktion* suchen.

5 Bourdieu hat sich in seinen Analysen nicht nur auf klassen- bzw. schichtspezifische Ungleichheiten (z.B. 1999), sondern auch Geschlechts- (2012) sowie feldspezifische Dominanz- bzw. Ungleichheitsverhältnisse (z.B. 2001) untersucht.

Bourdieus von Marx inspirierter, konflikttheoretischer Fokus auf Auseinandersetzungen um Macht bzw. Kapital in sozialen Feldern bereitet seine »*allgemeine Wissenschaft von der Ökonomie der Praxis*« (Bourdieu 1983: 184, Hervorhebung im Original) vor, die er dezidiert in Abgrenzung zu dominanten ökonomischen Ansätzen der Neoklassik sowie dem Methodologischen Individualismus bzw. dem dort inhärenten Menschenbild des homo oeconomicus entwickelt. Zwar betrachtet Bourdieu (vgl. Bourdieu/Wacquant 1996: 127) in Übereinstimmung mit ökonomischen Theorien die *Konkurrenz* der Menschen um knappe Güter als wichtige Triebfeder sozialer Ordnung und sozialen Wandels und übernimmt von Weber die Ansicht, dass die Genese ökonomischer Systeme von kulturellen Faktoren abhängt.[6] Jedoch wirft er der Ökonomik vor, die Wirtschaft dabei als Roulettespiel zu betrachten, in der jeder Spieler zu jeder Zeit die gleichen Chancen und Möglichkeiten habe, ökonomischen Erfolg davonzutragen. Sie zeichne das »Bild eines Universums vollkommener Konkurrenz und Chancengleichheit, einer Welt ohne Trägheit, ohne Akkumulation und ohne Vererbung von erworbenen Besitztümern und Eigenschaften« (ebd.: 183). Die ökonomische Theorie reduziere damit alle gesellschaftlichen Konkurrenz- und Austauschverhältnisse auf den marktförmigen *Warentausch* und erkläre »implizit alle anderen Formen sozialen Austausches zu nicht-ökonomischen, *uneigennützigen* Beziehungen« (ebd.: 184, Hervorhebung im Original). Um diesen Reduktionismus zu korrigieren, erweitert Bourdieu den Kapitalbegriff um soziales und kulturelles Kapital und argumentiert, so der »*Euphemisierung*« (ebd., Hervorhebung im Original) all derjenigen ökonomischen Praxisformen entgegenzutreten, die als unökonomisch gekennzeichnet werden, allein weil sie sich nicht in Preisen ausdrücken bzw. quantifizieren lassen.

In diesem Sinne ist Wirtschaft nicht bloß eine *singuläre* Einrichtung der rechnerischen Bestimmung von Wert durch Preise und deren Koordination von Anbietern und Nachfragen an einem Markt voller homines oeconomici. Vielmehr existieren *unzählige* Ökonomien mit unterschiedlichen Kapitalverteilungen in differenzierten Feldern, in denen vor allem *symbolische* Tauschakte vollzogen werden. Am Beispiel der Kabylen konnte Bourdieu (1998: 166) mit Rekurs auf das anthropologische Konzept der Gabe von Marcel Mauss und Lévi-Strauss' Arbeiten zum Tauchcharakter der Gabe zeigen, dass der von den Kabylen praktizierte Gabentausch auf dem Tabu der Berechnung und dem »Tabu der expliziten Formulierung« (»do ut des« – »Ich gebe, damit du gibst«) des objektiv sich vollziehenden *Tauschcharakters* beruht. An Mauss und Lévi-Strauss kritisiert Bourdieu, bei beiden fehle die Berücksichtigung der zeitlichen Unterbrechung (des »zeitlichen Intervalls«) zwischen dem Empfangen der Gabe und der Erwiderung der Gegengabe durch den Empfänger. Erst hier-

6 Gemeint ist Webers Suche nach einem wirtschaftlichen Ethos des Kapitalismus bzw. der Entstehung einer kapitalistischen »Wirtschaftsgesinnung« aus der innerweltlichen Askese und Prädestinationslehre des Calvinismus. Siehe auch weiter oben unter 2.2.2.

durch erschienen beide Gaben als voneinander unabhängig und könne die in der kabylischen Ökonomie hochgeschätzte Logik der Ehre bewahrt werden. Die Praxis der Tauschenden verläuft im Modus des »alles spielt sich so ab, als-ob« (ebd.: 168), sie arbeiten sich ohne Berechnung oder Intention an einer kollektiven »Verkennung« (ebd.: 165, siehe zu diesem Gedanken wie zu Bourdieus Idee des Gabentausches »Als-Ob« die Ausführungen unter 3.3.4) infolge einverleibter Dispositionen ab, die deren symbolische Ökonomie erst ermöglicht.

Aus Bourdieus Analysen geht die symbolische Ökonomie der Kabylen als eine Ökonomie eigenen Rechts hervor. Die »ökonomische Ökonomie« der gängigen Wirtschaftstheorie muss in der Konsequenz lediglich als *eine andere* Spielart des Wirtschaftens betrachtet werden. Wie im Algerien der 1950er Jahre, existieren beide und viele andere Wirtschaftsformen nebeneinander, finden sich symbolische Ökonomien auch in »modernen« Ökonomien und speist sich die Verteilung der Kapitalien in Feldern aus eben diesen unterschiedlichen Quellen. Mitentscheidend für Letzteres ist das Wirken der Habitus bzw. inkorporierten Praxisformen, die an der Erzeugung einer »Verteilungsstruktur verschiedener Arten und Unterarten von Kapital« beteiligt sind, welches wiederum »der immanenten Struktur der gesellschaftlichen Welt, d.h. der Gesamtheit der ihr innewohnenden Zwänge, durch die [...] über die Erfolgschancen der Praxis entschieden wird« (ebd.: 183), entspricht. Insofern sind die Chancen auf Teilhabe an Kapitalien immer schon in ein vorgängiges »Bezugssystem« (Bourdieu 1974: 19) eines Feldes mit spezifischer Interessenkonstellation und Kapitalverteilung eingebettet sowie einer Grundnorm (*nomos*) unterworfen, die den Kampf zwischen Herrschenden und Beherrschten in Grundzügen ausrichtet. Gleichwohl können neue Güter und Werte infolge der Ausdifferenzierung sozialer Felder das tradierte Tableau zugunsten benachteiligter Individuen, Gruppen oder Klassen verschieben sowie Kapital durch einen kompetenten Umgang mit den feldimmanenten Spielregeln akkumuliert werden. Hierbei kommt es aber auch darauf an, den Spielregeln zu huldigen. Insbesondere durch den Glauben (*illusio*) daran, dass es sich lohnt im Rahmen der Spielregeln am Spiel teilzunehmen, erhalten Spieler*innen durch andere Mitspieler*innen Anerkennung und Wertschätzung – *symbolisches Kapital* – als solche und steigen ihre Chancen weitere Kapitalien auf- und Einfluss auszubauen.

Bourdieu geht es in seinem Entwurf der Ökonomien der Praxis insgesamt weniger um prozessuale Fragen der effizienten Allokation knapper Ressourcen, denn um die Reproduktion sozialer Ungleichheit in Feldern, die aus den dauerhaften Kämpfen erwachsen und mit der Produktion, Distribution und Akkumulation von Kapital und den assoziierten Dispositionen und Praxisformen einhergehen (vgl. Fley 2008: 165). Hierdurch öffnet er sich auch für die Kämpfe, die sich zwischen den differenzierten Feldern – etwa zwischen dem »bürokratischen Feld« und dem enttabuisierten Feld der Berechnung (vgl. Bourdieu 1998a: 176-182), dem ökono-

mischen Feld[7] – ereignen. Bourdieu tritt der These einer vollständigen Ökonomisierung entgegen und betont die Autonomie der kulturellen Felder und deren Produktion »anerkannter Werte« (Fley 2008: 172), auf denen die Kapitalverwertung der ökonomischen Ökonomie basiert. Gleichwohl lässt sich die Dominanz eines oder mehrerer Felder und die jeweiligen Verhältnisse nicht theoretisch beantworten, sondern nur historisch untersuchen und empirisch bestimmen.

Was die Erforschung anderer konstitutiver Elemente des Wirtschaftens wie Geld (oder breiter: die Entstehung von Wert), die Funktionsweise von Zentralbanken und die Rolle von Unternehmen bzw. Organisationen angeht, bleibt Bourdieu einiges schuldig. Insbesondere die Vernachlässigung der Eigenlogik von Organisationen für wirtschaftliche Zusammenhänge wiegt aus der hier zu entwickelnden Perspektive schwer. Bourdieu habe trotz seiner konflikttheoretischen Theorieausrichtung schlichtweg »vergessen, theoretisch zu problematisieren, dass es sich bei Wirtschaftsunternehmen um Organisationen handelt, die im Unterschied zu Vereinen und Interessengruppen von Anfang an auf gegensätzlichen Interessen basieren« (ebd.: 177). Sein Habituskonzept wird im Weiteren dennoch Verwendung finden, um die Autonomie professioneller Berufsausübung ausreichend theoretisch würdigen zu können und einer (wie oben unter 2.2.1 bei Schimank/Volkmann 2017 zu sehen war) Verengung auf Kategorien einer steuerungstheoretischen Leistungsproduktion unter funktionalistischen Gesichtspunkten entgegenzutreten.

Bourdieus Arbeiten sind auf breiter Front auch in der Organisationssoziologie rezipiert worden. Vor allem die Gründungsväter des soziologischen Neo-Institutionalismus (vgl. DiMaggio/Powell 1991, siehe das nachfolgende Kapitel 3.3.3) haben auf zentrale Elemente seiner Theorie der Praxis – die Idee sozialer Felder, des kulturellen Kapitals und des Habitus – Bezug genommen. Um die Adaptionsleistung besser zu verstehen und einen für Fragen der Ökonomisierung anschlussfähigen Organisationsbegriff zu entwickeln, werden nachfolgend einschlägige Organisationstheorien diskutiert und auf ihre praxistheoretische Relevanz hin gelesen.

3.3 Ökonomisierung und Organisation

Das Verhältnis von Praxistheorien und Organisationsforschung ist bis zum heutigen Zeitpunkt trotz mannigfaltiger Arbeiten, die sich auf beide Stränge beru-

---

7 Bourdieu (1998b: 174ff.) sieht im ökonomischen Feld noch weitere Kapitalformen am Werke: »finanzielles Kapital« (als finazielle Ressourcen), »Organisationskapital« (als Kapital an Informationen über ein Feld), »technologisches Kapital« als Kapital zur Senkung der Produktionskosten, »kommerzielles Kapital« als Kapital der Absatzwirtschaft, also Vertrieb, Marketing etc., sowie »symbolisches Kapital« als das Kapital der Anerkennung bzw. des guten Rufs als Unternehemensimage.

fen, ein Forschungsdesiderat geblieben (vgl. von Groddeck/Wilz 2017; Nicolini 2012; Wilz 2015). Dies liegt nicht zuletzt in einer wissenschaftlichen wie alltäglichen Rezeption von Organisationen begründet, der ein ausgeprägter *rationalistischer bias* attestiert werden muss. Obwohl (oder gerade weil) Max Weber sein Modell bürokratischer Organisationen als Idealtyp einer modernen Form legaler Herrschaft verstanden wissen wollte, der in seiner Reinheit in der empirischen Wirklichkeit so nicht aufzufinden sein würde, markiert die Organisationsforschung seit ihrem Aufkommen in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts einigen Optimismus bezüglich der Passung von Theorie und Praxis. Organisationen galten lange als rationale Problemlöser und verlässliche Entscheidungsmaschinen, die von der Wissenschaft im Sinne kausal bestimmbarer Input-/Output-Verhältnisse beschrieben werden könnten. Auch weil ihnen die Fähigkeit zugesprochen wurde, vermittels hierarchisch gesetzter Regeln die Devianz sozialer Praktiken (siehe etwa Bensman/Gerver 1963) und Idiosynkrasien ihrer Mitglieder verlässlich und zum eigenen Vorteil einhegen zu können.

Dieses Bild von Organisationen als Maschinen (vgl. Morgan 2006 für einen Überblick über die unterschiedlichen »images of organization«) hat seither Risse bekommen, nicht zuletzt, weil genauere Erkundungen des »Innenlebens« von Organisationen immer wieder auf deren widersprüchlichen Vollzugscharakter, auf komplexe Aktivitäten und undurchsichtige Routinen Hinweis gaben. Je mehr sich der Blick auf Unsicherheit und Nicht-Berechenbarkeit in Organisationen richtete, das Rationalitätspostulat in Frage gestellt wurde, desto stärker kamen die tatsächlich beobachtbaren (informellen) Aktivitäten und Routinen in den Blick. Um diesen Komplex zu verstehen, wird im Folgenden ein dafür sensibilisierter Einblick in die Organisationsforschung geleistet. Eine umfassende Darstellung der Organisationsforschung erscheint ungleich schwerer, da das Feld weit verzweigt, in weiten Teilen interdisziplinär angelegt und deshalb kaum überschaubar ist (dies zeigt sich auch an den etablierten Einführungswerken, die unterschiedliche Schwerpunkte setzen, vgl. Bonazzi 2014; Clegg et al. 2013; Kieser 2006; Kühl 2015; Preisendörfer 2016; Scott 1986). Gleichzeitig kann der Stellenwert von Organisationen für Fragen einer gesellschaftlichen Ökonomisierung nicht unberücksichtigt bleiben, auch dann nicht, wenn von der weit verbreiteten Diagnose abgesehen wird, wonach moderne Gesellschaften als »Organisationsgesellschaften« (siehe z.B. Kühl 2015; Tyrell/Petzke 2008; Schimank 2001, 2010; Wieland/Schimank 2005; Perrow 1989) zu fassen sind.

Unbestritten aber ist die enorme Bedeutung formaler Organisationen für so ziemlich alle Bereiche des gesellschaftlichen Lebens. Mehr noch: Für wirtschaftliche Zusammenhänge spielen Organisationen als Wirtschaftsunternehmen (aber auch als staatliche Organisationen in Form von Kartellbehörden oder Zentralbanken) eine hervorgehobene Rolle. Zwar gelten Organisationen und Märkte als zwei unterschiedliche Koordinationsmechanismen (vgl. Williamson 1981; North 1992),

doch stehen diese in einem komplementären Verhältnis zueinander: Wirtschaftsorganisationen sind hierarchisch koordiniert, orientieren ihre Kalkulationen und Produktionsaktivitäten aber stets an in Marktpreisen errechneten Knappheiten, während die Koordination an Märkten über Preise vollzogen wird, deren Bildung unmittelbarer Ausfluss »organisierten Rechnens« (Vollmer 2004) und den damit zusammenhängenden unternehmerischen Produktions- und Investitionsentscheidungen ist. Grund genug, organisationstheoretische Erwägungen in die Untersuchung miteinzubeziehen und den Eigenwert von Organisationen für ein Verständnis einer gesellschaftlichen Ökonomisierung ernst zu nehmen (vgl. zuletzt Kette 2019; siehe auch Bode 2010; Vogd 2011a).

Eine Beschreibung des Verhältnisses von Praxis- und Organisationstheorien ist aus mehreren Gründen voraussetzungsreich. Wird aus Richtung der Praxistheorien auf Organisationen geblickt, fällt zunächst das wissenschaftstheoretische Fundament auf. Da Praxistheorien nicht nomologisch vorgehen und die genaue Konturierung ihres Untersuchungsgegenstands der Empirie überantworten, gerät die vorauseilende Beantwortung der Frage, *was* eine Organisation sei, zur contradictio in adjecto. Umgekehrt liegt dies aber auch in der Doppeldeutigkeit des Organisationsbegriffs selbst begründet, worin zugleich ein Ausweg für das Problem der gegenstandstheoretischen Unschärfe liegt. Umgangssprachlich als auch in der Wissenschaft nämlich werden mit dem Begriff der Organisation zum einen konkrete Einrichtungen (z.B. Krankenhäuser, Medienunternehmen oder politische Parteien) bezeichnet, die über gewisse formale Strukturen wie Arbeitsteilung, Hierarchien, Postadressen, Mitglieder, Pressestellen etc. verfügen (die Was-Frage wird gestellt).[8] Zum anderen enthält der Begriff aber auch etwas Konjunktives, denn als Verb wird damit eine spezifische *Organisationsweise* bezeichnet, eine Praxis des Organisierens (die Wie-Frage wird gestellt). Organisationen sind – egal *was* theoretisch gilt – zugleich immer in einer spezifischen Weise organisiert und können damit als praktische Vollzugswirklichkeiten begriffen und untersucht werden. Nicht selten vermeiden es neuere Organisationstheorien daher auch, essentialistische Fragen nach dem Wesen von Organisationen zu stellen, indem sie versuchen, diese in ihren Aktivitäten, Prozessen und Vollzügen aufzulösen (vgl. etwa Latour 2014; Luhmann 2006; Weick 1995).

Ein anderer Weg ist es, direkten Bezug auf praxistheoretische Annahmen zu nehmen, wie dies etwa in neueren Arbeiten des soziologischen Neo-Institutionalismus[9], in Ansätzen wie »strategy as practice« (Golsorkhi et al. 2015),

8 Zum Begriff der Formalstruktur von Organisationen und welche Komponenten diese hat, siehe Preisendörfer 2016 sowie weiter unten im Kapitel 3.3.2.

9 Im Konzept der »institutional logics« bei Friedland/Alford (1991), die explizit auf »material practices« zu sprechen kommen; im Sinne von »institutional work« (vgl. Lawrence/Suddaby 2006, Lawrence/Suddaby/Leca 2009) mit Bezug auf Bourdieus Theorie der Praxis oder auf Giddens' Theorie der Strukturation (vgl. Barley/Tolbert 1997).

»Organisation als Strukturation« (Ortmann 1995, 2000; Ortmann/Sydow 2001) und insbesondere in Organisationsstudien geschehen ist, die von den Science and Technologie Studies (STS) inspiriert sind und nach der Bedeutung von Gegenständen, Werkzeugen und Technologien für Praktiken in Organisationen fragen (z.B. Berg 2008; Fox 2000; Orlikowski 2000, 2007, 2010; Suchman 2001). Einen weiteren Strang, der für die vorliegende Arbeit instruktiv ist und auf den später (unter 3.3.3/3.3.4) rekurriert wird, stellt die Management- und Accounting-Forschung dar, die einige Schnittmengen mit den STS aufweist, da sie Rechen- und Managementinstrumente in Zusammenhang mit Praktiken in Organisationen untersucht (z.B. Ahrens/Chapman 2007; Chua 1995; Hopwood/Miller 1994). Diese Abzweigung wird allerdings eher selten gewählt, um Praxistheorien fortzuentwickeln, sondern vor allem, um so die Subjekt-Objekt-Dichotomie galant umschiffen zu können, die ja das zentrale Bezugsproblem von Praxistheorien ist.

Umgekehrt haben Vertreter*innen von Praxistheorien bislang wenig Interesse an organisationstheoretischen Zugängen und Überlegungen gezeigt: für Schatzki (2006: 1863; siehe auch ders. 2005: 474ff.) etwa sind Organisationen nichts anderes als »bundle of practices and material arrangements«, die sich empirisch untersuchen lassen. Auch ist es gängig (wie bei Bourdieu), den Organisationsbegriff gänzlich unbestimmt zu lassen, ihn höchstens synonym und unsystematisch mit Unternehmen (»firms«) zu assoziieren und diese einer übergeordneten Struktur zu unterstellen. Bei Bourdieu geschieht dies beispielsweise über den Begriff des sozialen Feldes (Bourdieu 2005: 40ff.; siehe auch Fley 2008: 177), der als sozialräumliche Klammer für Auseinandersetzungen um Positionen in *Spielfeldern* und zwischen ihnen fungiert, in denen der Organisationsbegriff zugunsten der Analysetrias Feld-Habitus-Kapital als eigene Analysekategorie nicht vorkommt. Dederichs/Florian (2002) haben hingegen den Versuch unternommen, Bourdieus blinden organisationstheoretischen Fleck zu beseitigen und vorgeschlagen, Organisationen als Mehrebenenphänomen zu konzipieren. Ihnen schwebt ein »dynamischer Analyserahmen« (ebd.: 92) vor, der Organisationen als korporative Akteure und soziale Felder zugleich konzipiert und die »Defizite herkömmlicher Organisationsanalysen in puncto Sozialstrukturanalyse« (ebd.: 77) beheben will. Im Mittelpunkt steht ein Mehrebenen-Modell, das aus objektiven wie inkorportierten Kapital- und Regelstrukturen eines Marktes (Makro), Strategien eines als korporativen Akteur gedachten Unternehmens (Governance- und interne Steuerung, Meso) sowie Akteurskonfigurationen zwischen »individuellen, kollektiven und korporativen Akteuren« (ebd.: 90, Mikro) in den Blick nehmen will. Insbesondere die konzeptionelle Unschärfe aber, wonach Organisationen als korporative Akteure und soziale Felder zugleich erscheinen, lassen insgesamt eher Verwirrung entstehen (siehe für einen ähnlichen Vorschlag Emirbayer/Johnson 2008).

In Giddens Praxistheorie spielen Organisationen eine gewisse Rolle als formale Regeln (»codified interpretations of rules«, ders. 1984: 21), stehen daher aber gerade

nicht in Zusammenhang mit einer impliziten Logik der Praxis, sondern werden als explizites, kanonisches Wissen des Rechts oder von Bürokratien aufgefasst (»Formulated rules – those that are given verbal expression as canons of law, bureaucratic rules«, ebd.). Latour (2014) hat in jüngster Zeit den Versuch unternommen, Organisationen als eigene »Existenzweise« praxistheoretisch zu wenden, indem er diese als performative Rahmungen versteht, die es erlauben, Handlungsskripte zu fixieren und gleichzeitig zu hintergehen. Zusammen mit zwei weiteren Existenzweisen – »Bindung« und »Moral« – formieren diese das Band der Ökonomisierung, welches im nächsten Unterkapitel ausgiebig dargestellt wird, da Latours Konzeption für die vorliegende Untersuchung instruktiv ist.

Um die Organisationsforschung in groben Zügen nachzuzeichnen, orientiert sich die folgende Darstellung an der von Giuseppe Bonazzi (2014) vorgelegten »Geschichte des organisatorischen Denkens«.[10] Für ihn vollzieht sich das Nachdenken über und die Auseinandersetzung mit Organisationen historisch in drei disparaten, wenngleich miteinander verbundenen, Fragekomplexen, die er als die *industrielle*, *bürokratische* und *organisatorische* Frage bezeichnet. Bonazzi (ebd.: 15) ordnet den drei Fragen jeweils Themen zu, die für die Abgrenzung voneinander entscheidend sind. Der industriellen Frage werden die Themen »Technologie und Einverständnis«, der bürokratischen Frage die Themen »Funktion von Regeln und Akteursstrategien« und der organisatorischen Frage die Themen »Entscheidungen und Ressourcen« zugeordnet.

3.3.1 Die industrielle Frage

Die erste *industrielle Frage* ist unmittelbar mit den Arbeiten von Frederick W. Taylor (1856 – 1915) und dessen im weiteren Verlauf als Taylorismus bezeichneten Entwurf eines wissenschaftlich-systematischen Managements von Industriearbeit verbunden. In der Industrialisierung wird das Verhältnis von Produktionsmitteln eines Betriebes und den diese Mittel zu einem Produkt veredelnden Arbeiter*innen als

10 Eine andere häufig verwendete Konzeption von Organisationen, die von Scott/Davis (2007), wonach Organisationen als rationale, natürliche und offene Systeme definiert werden können, wird hier nicht berücksichtigt. Nicht, weil sie als grundsätzlich falsch aufgefasst wird – sie ist sicherlich eine hilfreiche und hinreichend tragfähige Konzeption von Organisationen – sondern weil dort auf einen Systembegriff rekurriert wird, ohne zu klären, was genau unter einem Organisationssystem zu verstehen ist. Eine andere, daran anschließende Differenzierung findet sich in der Verwaltungswissenschaft (vgl. Bohne 2018), die geschlossene, formale (Weber und Taylor) und geschlossen, faktische Ansätze (Mayo, Barnard und Verhaltenswissenschaftliche Entscheidungstheorie) auf der einen Seite und offen, formale (Luhmann'sche Systemtheorie, Neue Institutionenökonomik, New Public Management) und offen, faktische Ansätze (Neo-Institutionalismus, Governance-Modelle) auf der anderen Seite voneinander unterscheiden. Es wird im Weiteren zu sehen sein, dass Bonazzis Herangehensweise selbstverständlich viele Elemente hiervon aufgreift.

technischer Vollzug begriffen, wobei die Arbeiter*innen nur von Relevanz sind, insofern sie als »subalterne Arbeitskräfte ihre Zustimmung zur Verausgabung körperlicher und psychischer Anstrengung erteilen« (ebd.: 17). In dieser Lesart werden Organisationen als Orte industrieller Produktion – Fabriken und Manufakturen – verstanden, die durch den Einzug von Maschinen und anderer Technologien mit einer *ingenieurswissenschaftlichen* Perspektive durchzogen sind. Taylor, selbst Ingenieur, stand in unmittelbarer Auseinandersetzung mit Konzepten über die Ausgestaltung von Industriebetrieben. Er wollte die Fabrikarbeit, die sich an der Schwelle einer auf Effizienz und Produktivität getrimmten Massenproduktion befand (siehe hierzu ausführlich Chandler 1977), durch eine *wissenschaftliche* Lehre der Betriebsführung – dem »scientific management« – auf ein neues Niveau befördern.

Im Kern entspricht seine Lehre dem Programm der Rationalisierung, wie es oben bei Max Weber bereits diskutiert wurde (vgl. Bonazzi 2014: 27f.). Der wesentliche Unterschied ist jedoch, dass es Taylor nicht, wie Weber, um eine theoretische (idealtypische) Beschreibung, sondern um die unmittelbare, *praktische Gestaltung* einer rationalen Organisation ging. Als »Anwendungsformel« (ebd.: 18) verband Taylor »vielfältige Aspekte der Führung, Organisation und Ökonomisierung des Unternehmens« (ebd.: 26). Damit reihte er sich ein in eine schon damals als beträchtlich zu bezeichnende Ratgeberliteratur zu Fragen des Managements. Allerdings ging er über diese hinaus, weil er nicht mehr auf Organisationsprinzipien (wie z.B. bei Henri Fayol noch der Fall) zurückgriff, sondern eine *Methode* zur systematischen Gestaltung industrieller Abläufe entwickelte. Für die Management-Ratgeberliteratur war nämlich bis dato folgendes Muster prototypisch: »*Man identifiziert gute*, d.h. *bewährte*, *Praxis* und *versucht, diese in Regeln zu fassen, damit andere sie ebenfalls verwirklichen können*. So entstehen *Leitfäden für Praktiker*« (Kieser 2006b: 93, Hervorhebungen im Original). Die Attraktivität von *Anleitungen über die Praxis* besteht darin, dass sie die »Komplexität des Gestaltungsproblems« (ebd.: 100) auf einige zentrale Prinzipien zu reduzieren helfen. Darin besteht aber zugleich ihre Schwäche, denn die situative Anwendbarkeit von Prinzipien ist niemals gesichert.[11] Sie leiden an dem für Praxistheorien instruktiven Problem, dass eine Regel die Regeln ihrer eigenen Anwendung nicht oder nur höchst unzureichend regeln kann. Neben ihrer mangelnden Generalisierbarkeit, fehlte daher letztlich eine »exakte Definition der ›guten Praxis‹ (ebd.: 101). Taylors wissenschaftliche Betriebsführung setzt hier an, da sie die Bedingungen ihrer eigenen Anwendbarkeit mitdenkt, indem sie eine Zielsetzung des Managements mit den Prämissen, die zu Beginn eines konkreten Arbeits- oder Produktionsprozesses vorliegen, in Verbindung setzt. Zur Entfaltung der Methode geht Taylor nach dem Vorbild naturwissenschaftlicher Erkenntnis vor und greift auf *Experimente* zurück, wie etwa das oft zitierte Beispiel über die optimale Nutzung des betrieblichen Werkzeugs »Schaufel« darlegt (vgl.

11 Daran kranken »best practice« Ansätze selbstverständlich heute noch.

Taylor 1913: 68).[12] Seine Erforschung der industriellen Arbeit als experimentelle Versuchsanordnung sollte zu systematischen und reproduzierbaren Ergebnissen im Sinne einer standardisierten und zugleich wechselnden Bedingungen angepassten, integrierten Betriebs- und Managementpraxis führen.

Interessant für den Fortgang der vorliegenden Untersuchung ist nun, dass Scientific Management als jene Methode erscheint, die das alte Betriebsregime von »Erfahrungswissen und Willkür« (Bonazzi 2014, 30ff.) zum Wohle einer effizienten *Unternehmensorganisation* befreien wollte. Dies sollte durch die Erfindung neuer Verfahrensmittel gelingen, die den unternehmerischen Einfluss der Arbeiter*innen möglichst obsolet machen würde. Denn den Arbeiter*innen wurde zu Taylors Zeiten, auch von ihm, »Drückebergerei« (Kieser 2006b: 106) vorgeworfen, da sie ihr umfassendes *Erfahrungswissen* über betriebliche Abläufe (insbesondere auf der Position des Vorarbeiters) zum eigenen Vorteil kontrollieren und mitunter die Arbeitsleistung gezielt drosseln würden, um nicht aufgrund zu großer Arbeitseffizienz entlassen zu werden. Die Erforschung der impliziten Logik der Praxis von Organisationen, der sich die vorliegende Arbeit im Weiteren widmet, ist bei Taylor geradewegs das störende Element auf dem Weg zu einem ökonomisch erfolgreichen Unternehmen. Er suchte das Erfahrungswissen der Arbeiter*innen, welches er mit »Faustregel-Methoden« gleichsetzte, über die strikte *Trennung von Hand- und Kopfarbeit* zu bändigen (vgl. Kieser 2006b: 106). Mit anderen Worten: Der Dualismus von Geist und Körper des Rationalismus vollzieht sich hier als Prozess der Arbeitsteilung in rechnenden Kopf und Maschinen und andere Objekte bewegende Hand bzw. Körper. Maßgeblich hierfür war der »wissenschaftliche Positivismus« (Bonazzi 2014: 36) von Taylor sowie seine Motivation, mit diesem der »Herrschaft der Vorarbeiter« (Nelson 1975, zit.n. Bonazzi 2014: 30) sowie der Willkür der Unternehmensführer*innen entgegenzutreten.[13] Das Management sollte arbeitsteiliger (nach dem »Ausnahmeprinzip« Bonazzi 2014: 44 – den heute üblichen *executive*

---

12 Taylor rekombinierte die daran beteiligten und im Sinne eines Experiments als Variablen verstandenen Aspekte des Schaufelns (Bewegungsablauf, unterschiedliche Erdmaterialien, »Gewichtslast«, die bei jedem Schaufelvorgang gehoben werden muss, entrichteter Lohn etc.) so lange, bis ein optimales Verhältnis von Arbeit (Input) und Ertrag (Output) erreicht wurde.

13 Seine anthropologische Skepsis gegenüber Arbeiter*innen wie Unternehmer*innen seiner Zeit kommt in folgendem Zitat gut zum Ausdruck: »As long as some people are born lazy or inefficient, and others are born greedy and brutal, as long as vice and crime are with us, just so long will a certain amount of poverty, misery, and unhappiness be with us also. No system of management, no single expedient within the control of any man or any set of men can insure continuous prosperity to either workmen or employers. […] It is claimed, however, that under scientific management the intermediate periods will be far more prosperous, far happier, and free from discord and dissension. And also, that the periods will be fewer, shorter and the suffering less.« (Taylor 1977: 29, zit. n. Bonazzi 2014: 36)

summaries) organisiert und vor allem im mittleren Segment auf mehrere Schultern verteilt werden; die Führung *funktional* differenziert sein in unterschiedliche Aufgabenbereiche von Ingenieur*innen, den »scientific managers«. Arbeiter*innen sollten nicht mehr in einer (dem Bürokratiemodell von Weber eigenen) militärartigen Kommandostruktur stehen, in der sie Weisungen einer einzelnen Person empfangen, sondern von mehreren Vorgesetzten befehligt werden, die jeweils unterschiedliche Aufgabenbereiche verantworten.

Die Aufgabe der »scientific manager« war es nun, die »große Masse traditioneller Kenntnisse zu sammeln, zu sichten, zu tabulieren und in vielen Fällen auf bestimmte Gesetze, Regeln und sogar mathematische Formeln zu reduzieren« (Taylor 1912: 40). Erfahrungswissen – so könnte resümiert werden – von »unten« wie von »oben« sollte mit Hilfe der Expertise von Ingenieurskräften *standardisiert* und damit *technokratisch* eingehegt werden, die »auf Basis ihres Wissens die optimale Lösung für Arbeitgeber und Unternehmer – für die ganze Gesellschaft – berechnen würden.« (Kieser 2006b: 112). Taylor vertrat die Auffassung, dass sich durch Rückgriff auf wissenschaftliche Methoden der Betriebsführung für jedes Organisationsproblem eine optimale Lösung – der »one best way« – finden ließe:

> »The man at the head of the business under scientific management is governed by hundreds of experiments just as much as the workman is, and the standards which have been developed are equitable: it is an equitable code of laws that has been developed under scientific management, and those questions which are under other systems subject to arbitrary judgment and are therefore open to disagreement have under scientific management, been the subject to the most minute and careful study in which both the workman and the management have taken part, and they have been settled to the satisfaction of both sides.« (Taylor 1977:189)

Im Rahmen der wissenschaftlichen Betriebsführung ist nicht nur Willkür obsolet, auch Diskussionen und Dissens gehören der Vergangenheit an. Rigoros angewandte wissenschaftlich-experimentelle Methoden produzieren einvernehmliche Standards, hinter denen Gesetzmäßigkeiten stehen, die quasi-automatische Optimallösungen garantieren. Diese häufig als technokratische Utopie kritisierte Perspektive wurde von Taylor als »regulatives (ethisches) Prinzip der Betriebsführung« (Bonazzi 2014: 71) verstanden, denn das scientific management sollte fortan nicht mehr (allein) darauf gerichtet sein, die »Zustimmung von Untergebenen zu erhalten, die als kindliche, zwischen Unterordnung und Aufbegehren schwankende Subjekte betrachtet werden« (ebd.: 68f.). Vielmehr sollte die wissenschaftliche Methodik aus Arbeitssubjekten *lern- und strategiefähige Akteur*innen* machen, die als Kooperationspartner*innen des Managements Bedeutung erlangen. Der Tayloris-

mus strebte damit an, den Gegensatz von Kapital und Arbeit vermittels positivistischer, wissenschaftlicher Managementmethoden zu nivellieren.[14]

Gleichzeitig vertrat Taylor einen »rohen, aber wirkungsvollen Paternalismus« (ebd.: 41), denn er unterstellte die experimentellen Erkenntnisse in erster Linie ökonomischen Zwecken. Die industrielle Fertigung wurde zunehmend in die Hände des Managements gelegt und sollte durch diese kontrolliert und diszipliniert werden, obwohl (oder gerade weil) sich seine funktionale Ausdifferenzierung innerhalb der Betriebe auch durch eine mit aufsteigender Hierarchie zunehmende Entfernung vom alltäglichen Betriebsablauf bemerkbar machte (siehe hierzu noch deutlicher das Unterkapitel zur organisatorischen Frage, 3.3.3). Taylor legte damit den Grundstein nicht nur für einen Managerialismus, der sich auf die Steuerung von Organisationseinheiten und -mitgliedern mittels *messbarer Größen* verlegt (vgl. im Anschluss an Taylor die Arbeiten von Drucker 1955) und damit gerade kein Interesse für die *implizite Logik der Praxis* aufweist, sondern mechanistische Vorstellungen der Steuerbarkeit von Organisationen (Organisation nach dem Input-Output Modell) beflügelt. Eine praxisaffine Betrachtung von Organisationen liegt bei Taylor zwar grundsätzlich vor, seine szientistische Managementlehre wird aber durch die Ausweisung von Erfahrungswissen als ineffizienter, dilettantischer Praxis geradewegs zum Gegenspieler eines praxeologischen Denkens von Organisationen.

Die Suche nach einer komplexitätssensiblen, ›guten Praxis‹ von und in Organisationen befreite sich nach Taylor zunehmend von dessen industriesoziologischer Perspektive. Hierzu wurde der Blick verstärkt auf die widersprüchlichen Vollzugswirklichkeiten von Organisationen gerichtet, also nach den inneren Verarbeitungsprozessen (dem »Throughput«) gefragt, da nur dort zu erfahren war, wie Organisationen mit Mehrdeutigkeiten, Komplexität und Unsicherheit umgehen. Es rückt der Entscheidungsbegriff in den Mittelpunkt des organisationstheoretischen Denkens sowie die Frage nach den Ressourcen, die Organisationen aufbringen, um Entscheidungen fällen zu können. Diesem Komplex wird mit der organisatorischen Frage Rechnung getragen. Zunächst ist aber auf die bürokratische Frage zurückzukommen. Denn wie sehr Taylor auch davon überzeugt gewesen sein mag, den Antagonismus von Kapital und Arbeit durch wissenschaftliche Betriebsführungsmethoden einhegen zu können, die Durchsetzung des scientific managements beruhte auch auf der *Eingliederung* der sie verkörpernden Ingenieur*innen als »sci-

---

14 Letztlich schwebte Taylor eine Art Befriedung der Arbeiterschaft mit den Fabrikanten vor, da über eine gestiegene Produktivität und Effizienz infolge des scientific managements das Wirtschaftswachstum und damit die Gewinne der Unternehmen wie auch die Löhne der Arbeiter gleichzeitig gesteigert würden und eine Abwendung der typischen Verteilungskämpfe erreichbar schien. Bei Weber ist hingegen offensichtlich, dass die moderne Bevorzugung zweckrationaler Kalküle die gesellschaftliche Preisgabe wertrationaler Orientierungen befördern und zur weiteren Ausdifferenzierung in Wertsphären, die neue Auseinandersetzungen entstehen lassen, führen würde.

entific managers« in eine *Hierarchie*. Diese ist für die hier behandelte industrielle Frage von großer Bedeutung, da der Erfolg einer standardisierten, technokratischen Betriebsführung im hohen Maße von *Planungssicherheit* abhängt, die sowohl organisationsintern wie –extern durch die Definition und Einhaltung von Regeln erzielt werden soll.

3.3.2 Die bürokratische Frage

Die Frage von »Technologie und Einverständnis« verweist also unmittelbar auf die von »Funktionen von Regeln und Akteursstrategien«. Regeln wird gemeinhin zugesprochen, Verlässlichkeit zu produzieren und damit individuelle Orientierung und soziale Ordnung zu erzeugen. Als Normen stehen sie für eine »beobachtbare Gleichförmigkeit des Verhaltens«, die »soziale Bewertung von Verhalten« und »eine verbindliche Forderung eines bestimmten Verhaltens« (Fuchs-Heinritz et al. 1995: 466). Formale Regeln können als besonders voraussetzungsreiche Variante von Normen gelten, da es sich bei ihnen um eine »verbindlich geforderte soziale Verhaltensregelmäßigkeit, die in der Form einer gesatzten Regel (Gesetz) gegeben ist« (ebd.), handelt. Die Forderung bezieht sich also nicht nur auf ein bestimmtes Verhalten, das mit kollektiv erlassenen, satzungsmäßigen Vorschriften übereinstimmen soll, sondern gibt darüber hinaus einen Rhythmus vor, der das Erkennen eines konformen Verhaltens ermöglicht. Orientierung und Ordnung entstehen demnach in Teilen durch die Einhaltung einer zeitlichen Folge, die als Wiederkehr und Verkettung eines durch formale Gebote bestimmten Verhaltens aktualisiert wird. Soziale Regeln als Stabilität von Verhaltenserwartung und Verhaltensreproduktion bringen nicht nur soziale Ordnung mit sich, sondern erscheinen als Garanten für technischen Fortschritt und wissenschaftliche Erkenntnis.

In Max Webers herrschaftssoziologischer Perspektive sind alle drei Aspekte im gleichen Maße Gegenstand kapitalistischer »Betriebe« wie staatlicher »Behörden« (Weber 1980: 696, [1922]), da diese – wie weiter oben schon angedeutet wurde – als zentrale Erscheinungen eines universellen, okzidentalen Rationalisierungsprozesses gelten. Diese Prozesse bereiten einem »*bürgerlichen Betriebs*kapitalismus« den Weg, der auf der ökonomischen »Verwertbarkeit« der »mathematisch und experimentell exakt und rational fundamentierten Naturwissenschaften« (Weber 1986: 9, Hervorhebung im Original, [1920]) beruht. Gerichte, Kartellämter, Ministerien oder Maschinenbaubetriebe sind allesamt eminent wichtige Orte der kontinuierlichen (berufsmäßigen) Verfolgung formal gesatzter Regeln. Nach Webers Ansicht formen sie einen Typ »legaler Herrschaft«, der sich materialisiert als

> »absolut unentrinnbare Gebanntheit unserer ganzen Existenz, der politischen, technischen und wirtschaftlichen Grundbedingungen unseres Daseins, in das Gehäuse einer fachgeschulten Beamten*organisation*, den technischen, kaufmänni-

> schen, vor allem aber den *juristisch* geschulten staatlichen Beamten als Träger der wichtigsten Alltagsfunktionen des sozialen Lebens.« (ebd.: 2, Hervorhebungen im Original)

Wie Weber weiter anmerkt, bedarf die wirtschaftliche Kalkulation (mit seiner »rationalsten« Form der doppelten Buchführung) einer »Justiz und Verwaltung, deren Funktionieren wenigstens im Prinzip ebenso an festen generellen Normen rational kalkuliert werden kann, wie man die voraussichtliche Leistung einer Maschine kalkuliert.« (Weber 1980: 825, [1922]) Damit legte Weber die gesamte Existenz der modernen Gesellschaft in die Hände von geschulten Beamten einer rationalen Organisation, die so rational war, weil sie einer Maschine glich. Das Dasein des modernen Menschen findet sich in einem organisatorischen Gehäuse wieder, das so (stahl-)hart und berechenbar ist, wie die Maschinen in Taylors Industrieunternehmen rastlos tätig und effizient waren.

Webers tiefschürfende Aussage entspringt seiner Konzeption des sog. Bürokratiemodells (auch Bürokratieansatz genannt). Er definierte die Herrschaft der Büros und Schreibtische als *idealtypischen* Ort, an dem sich eine Form der Rationalität etabliert, die die Möglichkeit von Plänen an die Existenz von Regeln bindet. Bürokratische Organisationen sind regelbasierte Gebilde, deren Eigenwert in der Geltung von Regeln begründet liegt. Die Regeln, die sie sich setzen, sind *formale* Regeln in dem Sinne, dass sie ein verbindliches und standardisiertes Set an Verhaltenserwartungen ausdrücken und somit einen normativen Charakter besitzen. Sie sind als formalisiert zu betrachten »to the extent that the rules governing behavior are precisely and explicitly formulated and to the extent that roles and role relations are prescribed independently of the personal attributes and relations of individuals occupying positions in the structure.« (Scott/Davis 2007: 27)

Die in der *Formalstruktur*[15] festgelegten Regeln der Organisation sind zentrale Bestandteile ihrer Rationalität, da sie für alle Mitglieder einsehbar und verständlich, vom Willen und von Beziehungen des Einzelnen jedoch komplett unabhängig sein müssen sowie zugleich deren Verhalten steuern sollen. Hinzu kommen das »Prinzip der Schriftlichkeit« (Bonazzi 2014: 186), das die systematische Aufbewahrung aller Akten sicherstellt und gleichzeitig das Amtsgeheimnis begründet. Letzteres Prinzip erklärt sich aus der unpersönlichen Zweckprogrammierung von Bürokratien, die sich in verschriftlichten Strukturen und Abläufen (auch Formalisierung genannt) widerspiegelt und die für die Organisationsforschung lange Zeit als Garanten einer planbaren, rationalen Organisation fungierten. Sie sind entweder auf die Erfüllung extern definierter Zwecke (im Sinne eines gesetzlichen Auf-

15 Die Formalstruktur wird gemeinhin als jene sichtbar ausgewiesene, offizielle Struktur von Organisationen verstanden, die unterschiedliche Aspekte umfasst. Nach Preisendörfer (2016: 71, Tab. 4.1) sind dies: Arbeitsteilung, Koordination, Hierarchie, Delegation und Formalisierung.

trags, z.B. bei Gerichten oder Verwaltungsämtern der Fall) gerichtet oder werden (etwa im »Modell der »Ressourcenzusammenlegung«, siehe Coleman 1991) durch individuelle Akteur*innen gegründet, die ihre Ressourcen bündeln, um eine effiziente Erfüllung gemeinsam definierter Zwecke zu erreichen. Bürokratien sind insofern als Einrichtungen immer Mittel zu einem spezifischen Zweck. Zur Zweckerfüllung definieren sie *eigene Arbeitsstandards* und erzeugen eine auf horizontaler wie vertikaler Differenzierung basierende Struktur der *Hierarchie*. Im Sinne der horizontalen Differenzierung werden Aufgaben arbeitsteilig nach dem Prinzip der »eingeschränkten *Kompetenz*« (Bonazzi 2014: 186, Hervorhebung im Original) organisiert. Kein Mitglied bearbeitet also das gesamte Aufgabenspektrum, sondern spezialisiert sich als Inhaber einer Position oder Stelle auf Teilaspekte der Zweckerfüllung. Die Arbeitsteilung produziert ab einer bestimmten Organisationsgröße häufig das Bedürfnis nach vertikaler Differenzierung. Diese definiert die »Befehlsgewalten« (ebd.) innerhalb der hierarchischen Struktur der Organisation. Es werden Entscheidungsbefugnisse geregelt, die einer »Konfiguration« von Über- und Unterordnungsverhältnissen zulaufen. Typischerweise werden dort Dinge wie die Anzahl von Hierarchieebenen (steile/flache bzw. viele/wenige Hierarchieebenen) und Leitungsmodelle wie Ein-/Mehrliniensysteme und/oder Stabstellen geregelt.

Das Verhältnis von Struktur und Handlung wirkt hier gleichsam harmonisch integriert: die Mitglieder der Bürokratie agieren als Beamte arbeitsteilig aufgrund einer spezifischen Kompetenz und inmitten einer klar gegliederten hierarchischen Struktur. Zusammengenommen scheint ihr Handlungsspielraum also sachlich (Kompetenz), sozial (Hierarchie) wie zeitlich (kontinuierlich-hauptberuflich) determiniert. Die Bürokratie wirkt geradezu menschenleer. Wie auch Weber immer wieder betonte, funktioniere sie »ohne Ansehen der Person«. Gleichwohl ist dies

> »auch die Parole des ›Marktes‹ und aller nackt ökonomischen Interessenverfolgung überhaupt. […] Die Bürokratie in ihrer Vollentwicklung steht in einem spezifischen Sinn auch unter dem Prinzip des ›sine ira et studio‹ [ohne Zorn und Eifer, Anmerkung K. M.]. Ihre spezifische, dem Kapitalismus willkommene, Eigenart entwickelt sie um so vollkommener, je mehr sie sich ›entmenschlicht‹, je vollkommener, heißt das hier, ihr die spezifische Eigenschaft, welche ihr als Tugend nachgerühmt wird, die Ausschaltung von Liebe, Haß und allen rein persönlichen, überhaupt aller irrationalen, dem Kalkül sich entziehenden, Empfindungselementen aus der Erledigung der Amtsgeschäfte gelingt.« (Weber 1980: 661f., [1922])

Bürokratische Strukturen stehen für die Ausschaltung von persönlichen Motiven und Emotionen und das Ausmerzen aller »Irrationalität«, was dem Idealbild von einer kapitalistischen Produktion – wie schon bei Taylor zu sehen war – sehr nahekommt. Obgleich Weber selbst nur zu gut wusste, dass sein Idealtyp einer legalen Herrschaft nur zur theoretischen Differenzierung diente, jedoch schnell an *prak-*

tische Grenzen geriet. Für die Herrschaft des Büros, die sowohl auf staatliche wie privatwirtschaftliche Organisationen zutrifft, konstatiert Weber (ebd.: 673) wichtige Unterschiede:

> »Überlegen ist der Sachkenntnis der Bürokratie nur die Sachkenntnis der privatwirtschaftlichen Interessenten auf dem Gebiet der ›Wirtschaft‹. Und auch das ›Geheimnis‹ als Machtmittel ist im Hauptbuch eines Unternehmers immerhin noch sicherer geborgen als in den Akten der Behörden. Schon deshalb ist die behördliche Beeinflussung des Wirtschaftslebens im kapitalistischen Zeitalter an so enge Schranken gebunden und entgleisen die Maßregeln des Staats auf diesem Gebiete so oft in unvorhergesehene und unbeabsichtigte Bahnen oder werden durch die überlegene Sachkenntnis der Interessenten illusorisch gemacht.«

Herrschaft wird zwar über unpersönliche und in der Sache gründende Befehlsketten *repräsentiert*, leitet sich aber von der praktischen Verfügung über verschiedenartige »Machtmittel« ab, die hier als formales Wissen (die »Sachkenntnis«) aber auch implizite Kenntnisse (das »Geheimnis«) gefasst werden. Aus Sicht von Weber ist die Buchführung (»Hauptbuch«) der bessere Ort, um klandestine Machtmittel in Anschlag zu bringen, als die Akte und Garant dafür, die »behördliche Beeinflussung des Wirtschaftslebens« einzudämmen. Ein Hinweis, dem im nächsten Kapitel und auch im empirischen Material weiter nachgegangen wird. Der angesprochene Zusammenhang verweist auf zweierlei: einerseits auf das Problem der Legitimität, den »Tatbestand des Bedürfnisses jeder Macht […] nach Selbstrechtfertigung« (ebd.: 611). Die formale Legitimität wird qua der »rationalen Regeln« (ebd.: 612) verliehen, garantiert aber noch keine Herrschaft. So habe es der »Herr« im Zuge seiner Abhängigkeit vom Fachwissen der Beamten zunehmend damit zu tun, sich »der steigenden Übermacht des Fachwissens zu erwehren und ihm gegenüber in seiner Herrenstellung zu behaupten […]. Er hält einen Fachmann durch andere im Schach und sucht sich durch jenes umständliche Verfahren selbst ein umfassendes Bild und die Gewissheit zu verschaffen, daß ihm nicht willkürliche Entscheidungen souffliert werden« (ebd.: 673).

Wie Parsons in seiner Übersetzung von Webers Werk »Wirtschaft und Gesellschaft« in einer Fußnote festhielt, trennt Weber hier nicht klar genug zwischen einer hierarchischen Amts- und einer wissensbasierten Fachautorität und unterschätzt letztere für sich in Anspruch nehmende »egalitäre Organisationsform der Professionellen« (vgl. Klatetzki 2012: 166). Neben Legitimität ist damit andererseits angezeigt, dass Zweckrationalität sich nicht aus hierarchisch gesetzten Formalstrukturen allein ergibt, da sie »keine natürliche Eigenschaft von Menschen […], sondern selber eine Regel« (Priddat 2013: 426) ist. Damit rücken strategische Kompetenzen und Allianzen innerhalb von Organisationen bezüglich der *Anwendung von Regeln* in den Vordergrund. Weber thematisierte dies zwar, wollte es aber seinem hierarchischen Modell nicht einverleiben, da hiermit sein idealtypisches Ef-

fizienzpostulat der Bürokratie zur Disposition gestanden hätte. So beschrieb er eine »spezifizierte Kollegialität« (Weber 1980: 160, [1922]) in Behörden, sah diese aber kritisch, senke diese doch »unvermeidlich 1. die Promptheit der Entschlüsse, – 2. die Einheitlichkeit der Führung, – 3. die eindeutige Verantwortlichkeit des einzelnen, – 4. die Rücksichtslosigkeit nach außen und die Aufrechterhaltung der Disziplin im Innern« (ebd.: 164).[16]

Hierauf haben sich einige »postbürokratische« Konzepte konzentriert, die im Anschluss an Weber entwickelt wurden und die für den Gang der vorliegenden Argumentation von Belang sind. Sie gehen von der empirischen Beobachtung aus, dass die sachlich-unpersönlichen Verfahren und formal-hierarchischen Regeln bürokratischer Organisation nicht zwangsläufig temperierte, wohl abgewogene und damit »rationale« Handlungen ihrer Mitglieder begünstigen. Ebenso waren in den täglichen Verrichtungen der Bürokraten Langeweile, Indifferenz bis hin zu Apathie zu beobachten. Auch wurden vor dem Hintergrund monotoner, wenig fordernder Aufgaben andere Verhaltensweisen offenbar, die Autoren wie Michel Crozier und Erhard Friedberg (1979) bewogen, das idealtypische Bild der maschinellen Bürokratie zu verwerfen und stattdessen davon auszugehen, dass Bürokratien von Menschen bevölkert werden, die mikropolitisch agieren und über »Autonomie und Spitzfindigkeit« (Bonazzi 2014: 194) verfügen. Eine weitere sich hieraus ergebende Annahme ist, dass die bürokratische Organisation längst nicht die einzige (ideale bzw. optimale) Form von Organisation ist, der Organisationsbegriff vielmehr geweitet werden muss, da im Verlauf der Forschung unterschiedliche »Konfigurationen« (Mintzberg 1983) zum Vorschein kamen, die bürokratische Aspekte mit anderen Organisationsformen verbanden.

Der mikropolitische Ansatz von Crozier/Friedberg (1979) begreift die Organisation als Arena strategischer Konflikte von Akteur*innen um Macht. Die Organisation wird in dieser Perspektive nicht mehr als gegeben vorausgesetzt, sondern erscheint vielmehr als das stets prekäre Ergebnis einer fortlaufenden Auseinandersetzung um die Frage, ob Kooperation im Rahmen der Organisation sich weiterhin für alle daran Beteiligten auszahlt. Organisationen zeigen sich als »politisches und kulturelles Konstrukt, als Instrument, das sich soziale Akteure schmiedeten, um ihre Interaktion so zu ›regeln‹, dass sie das zur Verfolgung kollektiver Ziele notwendige Minimum an Kooperation erreichen und dabei noch immer ihre Autonomie als frei Handelnde bewahren« (ebd.: 111). Anstatt sich für formale *Regeln* in Organisationen zu interessieren, richten die Autoren den Blick auf die Art und Weise,

16 Neo-Weberianische Ansätze haben seither versucht Webers Disbalance im Sinne einer »polikratischen« (Waters 1989) bzw. strukturalistischen »kollegialen« (Lazega 2005) Organisationstheorie einzuhegen und das rationalistsiche Bürokratiemodell insofern auszudifferenzieren.

wie Akteur*innen ihr organisiertes Miteinander *regeln*. Die strategischen Organisationsanalysen (so wird der Ansatz mitunter bezeichnet) befinden sich also auf der unmittelbaren Ebene der Praxis, nämlich der Verhandlung und Anwendung von Regeln. Vermittelt wird dieser Vorgang durch Macht, die »als fundamentaler Mechanismus der Stabilisierung menschlichen Verhaltens« (ebd.: 39) betrachtet wird. Jedoch ist Macht keine individuelle Eigenschaft, sondern wird als *Beziehung* verstanden, die entsteht, wenn die Einzelinteressen der Akteur*innen »durch die Erreichung eines gemeinsamen Ziels bedingt werden« (ebd.).

Diese Interdependenz fassen Crozier/Friedberg mit dem Begriff des Spiels. Das Spiel wird als Begriff für organisationales Handeln ausgewiesen, das Organisationen ihren instrumentellen Charakter verleiht und nicht etwa die Verkettung von Zweck-Mittel Verhältnissen. Kollektives Handeln wird so anhand von »Merkmalen und Regeln der impliziten, das beobachtete Feld strukturierten Spiele« (ebd.: 293) erforscht. Die implizite Logik von Spielpraktiken steht also im Fokus der Machtspiele, die Organisationen ausmachen. Die Macht der Spielenden bemisst sich daran, inwiefern sie in der Lage sind, Widersacher zu einem ihren Interessen nützlichen Verhalten zu bewegen. Dafür stehen ihnen vier grundlegende »Zonen der Ungewissheit« (ebd.: 51ff.) mit Blick auf das zur Disposition stehende Kooperationsverhalten zur Verfügung:

- Expertenwissen, das häufig auf einem spezifischen praktischen Betriebswissen fußt und nicht ohne weitere Kosten von den Kontrahenten erlangt werden kann;
- Umweltbeziehungen, die als Beziehungskapital zu wichtigen Kontakten nach außen eingesetzt werden;
- Kontrolle über Informationsflüsse und Kommunikationskanäle;
- Sowie die Nutzung von organisationalen Regeln, als Mittel zum Schutz vor Willkür von oben und Autonomie von unten.

Organisationen sind so besehen von Unsicherheit bestimmt, die Akteur*innen strategisch für sich zu nutzen wissen. Tatsächlich taucht hier schon, wie dies bei der organisationalen Frage zu beobachten sein wird, die Idee auf, dass Unsicherheit in Organisationen etwas Alltägliches ist, das sich aus den *unterschiedlichen Ansprüchen* und zu bearbeitenden Logiken ergibt, die in Organisationen stets kopräsent sind. Daraus resultiert die Annahme, dass Unsicherheit mitunter etwas Produktives ist, gar eine *Ressource* darstellen kann, und nicht das ultimative Ende von Effizienz, Rationalität und Zweckgebundenheit bedeuten muss. Dieser Gedanke wird im nächsten Unterkapitel zur »organisatorischen Frage« erneut aufgegriffen.

Zuvor muss noch ein anderer Strang postbürokratischer Forschungen diskutiert werden. Er geht von der Beobachtung aus, dass ein spezifisches Wissen be-

stimmter Berufsgruppen weitreichende Konsequenzen für die Ausgestaltung von bürokratischen Organisationen hat, die Weber im Rahmen seines herrschaftstheoretischen, rational-formalistischen Modells unterschätzte. Es kommt seit Parsons' oben bereits thematisierter Fußnote und den daran anknüpfenden Arbeiten auf die gesellschaftstheoretische Einsicht an, dass Professionen in modernen Gesellschaften eine bedeutsame, wenn auch umstrittene Rolle spielen (vgl. z.B. Abbott 1988; Freidson 2001; Oevermann 1996, 2006; Parsons 1968; Stichweh 1993, 2000; Vogd 2017a). Professionen werden seither als Formen der Berufsausübung sozialer Gruppen untersucht, deren eigenständige soziale Organisation darauf beruht, die Erlangung wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie Meisterung und Anwendung technischer Kompetenzen als »generalized cultural tradition« eigenverantwortlich zu vollziehen und zu kontrollieren. Insofern geben Professionen »primacy to the valuation of cognitive rationality as applied to a particular field« (Parsons 1968: 536). Parsons sah in diesem »professional complex« eine herausragende kognitive Rationalität innerhalb der Gesellschaft begründet, die weder auf die Erreichung ökonomischer Effizienz gerichtet ist, noch sich für die Erlangung politischer Macht bzw. Herrschaft interessiert (Parsons, ebd.: 545f. formuliert noch drastischer: »that the professional complex, […] has already become the most important single component in the structure of modern societies […] in such a way as to render obsolescent the primacy of the old issues of political authoritarianism and capitalistic exploitation«; siehe hierzu auch Freidson 2001sowie Stichweh 2000 kritisch aus Sicht einer funktional differenzierten Gesellschaftstheorie).

Entscheidend für die professionelle Form von Rationalität ist, dass sie einerseits den akademischen Disziplinen – klassischerweise werden hier Medizin und Recht angeführt – angehört und zugleich deren jeweiliges *Wissen praktisch* mit Blick auf Probleme einer spezifischen Klientel anwendet. Wie Parsons (1968: 536) festhält, sind Professionelle daher »neither ›capitalists‹ nor ›workers‹, nor are they typcially governmental administrators or ›bureaucrats‹.« Gleichwohl arbeiten Professionelle in Organisationen, so z.B. in Anwaltskanzleien, Universitäten oder Krankenhäusern. Mit Blick auf Webers Bürokratiemodell und die strategische Organisationsanalyse von Crozier/Friedberg, die soeben eingeführt wurde, wird klar, dass sich die Verhältnisse in bürokratischen Organisationen komplexer darstellen und damit noch nicht abschließend beschrieben sind. Es bleibt der Eindruck festzuhalten, dass weder der bürokratische Idealtyp besonders aufschlussreich ist, noch die *eine* optimale Organisationsform existiert, sondern in der organisationalen Praxis eher mit der Koexistenz hierarchisch-formaler, mikropolitischer und professioneller (und möglichen anderen) Rationalitäten zu rechnen ist, die in einem variablen Verhältnis zueinanderstehen, mitunter gar miteinander verschränkt werden, sich jedenfalls nicht zwangsläufig widersprechen müssen.

Einen Vorschlag, Organisationen in diesem Sinne in Typen zu differenzieren, die unterschiedliche »Konfigurationen« aufweisen, hat Harry Mintzberg (1983;

1991:107-126) vorgelegt. Er betrachtet Organisationen im Anschluss an den sog. situativen bzw. Kontingenzansatz als variable *designs*. Organisationen arrangieren in »Netzwerken von Beziehungen« (Mintzberg 1991: 107) ihre Grundbestandteile so, dass ein harmonisches Ganzes entsteht, da es darauf angelegt ist, externen wie internen Erfordernissen möglichst gerecht zu werden. Zu den Grundbestandteilen zählt Mintzberg (vgl. 1991: 109-111 und Abb. 6.1) die »strategische Spitze«, das »mittlere Linienmanagement«, den »operativen Kern«, die »Technostruktur« sowie die »unterstützenden Einheiten«. Das Schema wird nun anhand der »professional bureaucracy« bzw. professionellen Organisation verdeutlicht, auch, weil diese für den empirischen Gegenstand der vorliegenden Arbeit – das zeitgenössische Krankenhaus – nach wie vor instruktiv erscheint (vgl. für einen Überblick zu professionellen Organisationen Klatetzki 2012; die insgesamt sieben Organisationstypen bei Mintzberg 1991: 120). Ausgehend vom Weber'schen Bürokratiemodell – das Mintzberg als »machine bureaucracy« bezeichnet – unterscheiden sich professionelle Bürokratien wie folgt: »[…] whereas the Machine Bureaucracy relies on authority of a hierarchical nature—the power of office – the Professional Bureaucracy emphasizes authority of a professional nature – the power of expertise.« (Mintzberg 1983: 192). In Expertenbürokratien ergibt sich die formale Autorität seiner Mitglieder demnach nicht aus der hierarchischen Position, sondern aus der Expertise, über die jeweils verfügt wird. Gleichwohl sind sie in dem Sinne bürokratisch, dass sie über vertikale und horizontale Differenzierung und damit Hierarchien verfügen, Zweckprogrammierung kennen und hierfür Strukturen und Abläufe in Form eines Organigramms schriftlich fixieren. Allerdings liegt hier bereits ein wichtiger Unterschied begründet, da maschinelle Bürokratien ihre standardisierten Arbeitsabläufe *selbst* definieren, Expertenbürokratien diese hingegen von *außerhalb* empfangen, nämlich von den sich selbst verwaltenden, professionellen Berufsgruppen – der ›company of equals‹ (Parsons 1947: 60) – und deren berufspolitischen Organen, denen die Mitglieder der unterschiedlichen Expertenbürokratien zugleich angehören. Im medizinischen Bereich etwa setzen medizinische Fachgesellschaften und Ärztekammern, denen alle Ärzt*innen verpflichtend angehören, den Behandlungspraktiken sowie Aus- und Weiterbildungsverfahren durch »Leitlinien«, Empfehlungen sowie Aus- und Weiterbildungsordnungen, die im fachlichen Einvernehmen entwickelt und publiziert werden, enge Grenzen. Sie geben diagnostische Checklisten an die Hand, benennen therapeutische Behandlungsoptionen und informieren über Ergebnisse zu deren therapeutischen Wirkungen, klären über psychosoziale Faktoren bei spezifischen Patient*innengruppen bzw. Erkrankungen auf, definieren, welche Fertigkeiten Ärzt*innen im Rahmen ihrer Weiterbildungen erlernen müssen und dergleichen mehr.

Arbeitsabläufe in der Expertenbürokratie sind stark entlang eines operativen Kernbereichs (»operating core«) organisiert, in dem das professionell erworbene

Wissen stets *am Einzelfall* gezielt zur Anwendung kommt. Interessanterweise liegt das Hauptaugenmerk des *Wissenserwerbs* auf der *Wissensanwendung* durch den Professionellen, der sich in einer »repetitive practice« ergeht, um einen »automatic reflex« (Spencer 1979: 1179, zit.n. Mintzberg 1983: 190) zu generieren. Professionelle erhalten in ihrer Ausbildung zwar ein »formal technical training« (Parsons 1968: 536), es erscheint aber wichtiger, die technischen Kompetenzen so lange zu trainieren, bis sie zu verkörperlichten Reflexen geronnen sind, die dann reflexiv nicht mehr ohne Weiteres zugänglich sind. Die vom einflussreichen US-amerikanischen Chirurgen Frank Spencer selbst als Kochbücher bezeichneten, schematischen Trainingsanleitungen für Chirurgen umfassten »even for ›complex‹ operations, the essential steps as chains of thirty to forty symbols on a single sheet, to ›be reviewed mentally in sixty to 120 seconds at some time during the day preceding the operation‹ (ebd.: 1182, zit.n. Mintzberg 1983: 190). Das Wissen des Professionellen (vor allem der Ärzt*innen) ist demnach sehr stark auf den »praktischen Sinn«, wie er oben mit Bourdieu (vgl. 3.2) eingeführt wurde, gerichtet. Einen medizinischen Eingriff seinem Zweck nach mental verstanden zu haben, reicht nicht aus. Das Prozedere selbst muss zur Vorbereitung so weit verinnerlicht werden, bis ein quasi-automatisches Abspielen des Handlungsskripts erreicht ist.

Das praktische Üben und Einschleifen ist damit gut mit einem Algorithmus vergleichbar, da es prozedural – Schritt für Schritt – festlegt, was in einer generischen Verkettung von regelmäßig zu vollziehenden Praktiken mit Blick auf den *Einzelfall* zu tun ist (siehe auch Serres 2013: 69f., der hiermit die Rechtswissenschaft und die Medizin als Vorläufer der Digitalisierung entdeckt; für eine Kritik an dieser Einordnung, siehe Maio 2017). In diesem Sinne verfolgen (professionelle) Organisationen nicht bloß Zweckprogramme, sondern führen ihre Mitglieder bzw. Expert*innen (in diesem Fall extern definierte) »Konditionalprogramme« (vgl. Luhmann 2006) aus, die nach dem Wenn/Dann-Schema operieren und auf gewissen Schematisierungen und Kategorisierungen (einem Schubladendenken bzw. »pigeonholing process«, Mintzberg 1983: 192ff.) beruhen. Gleichwohl, bemerkt Mintzberg, sei die Komplexität ärztlicher Praktiken so groß, dass ein beträchtlicher Ermessensspielraum (»considerable discretion«) zuungunsten einer vollständigen Standardisierung der Behandlungsprozesse von außen erhalten bliebe (siehe auch Maio 2017). Dementsprechend sind eine interne bürokratische Aufsicht, formale Regeln zum Erhalt der Arbeitsqualität sowie hierarchische Anweisungen – jenseits der professionellen Gruppe – in der Regel nicht oder nur unwesentlich implementiert, da das hierfür nötige Wissen für eine adäquate Unterweisung schlichtweg zu komplex erscheint. Dies erklärt auch, weshalb ein für Industrieorganisationen typisches mittleres Linienmanagement (wie bei Taylor beschrieben) hier meist nicht existiert, obwohl operative Abteilungen mitunter sehr groß sein können.

Die fehlende »Autoritätshierarchie zwischen dem operativen Kern und der strategischen Spitze« (Mintzberg 1991: 109) in Form des mittleren Managements zeigt zugleich an, dass die »strategische Spitze« nicht sonderlich ausgeprägt ist. Der fehlende administrative »Wasserkopf« (sog. »Overhead«) der Expertenbürokratie ist auf ihren hohen Grad an horizontaler *Dezentralisierung* (vgl. Mintzberg 1991: 120) zurückzuführen. Diese ermöglicht den Professionellen, ihre Aufgaben relativ entkoppelt von anderen Organisationseinheiten mit einer ausgeprägten Autonomie, auch vom eigenen Kollegium, und mit möglichst geringem Koordinationsaufwand auszuführen. Keine Produktionstermine oder Fertigungslinien (oder andere Prozessabläufe der »Technostruktur«) können in der professionellen Bürokratie die Art und Weise bestimmen, wie ein Experte seine Entscheidungsspielräume nutzt. Auch weil Ihre Arbeit am Klienten ausgerichtet ist, damit interaktiv und doch durch eine ausgeprägte Wissensasymmetrie gekennzeichnet, erfolgt die Kontrolle der Tätigkeiten meist retrospektiv (nachdem Fehler oder Beanstandungen aufgetreten sind) und gemeinsam mit dem Kollegium. In einem auf gegenseitiger Konsultation und Beteiligung basierendem »mutual adjustment« (Mintzberg 1983) wird dann kollektiv darüber befunden, ob individuelles Fehlverhalten vorliegt oder kollektive Regeln den Vorfall begünstigt haben, die daraufhin überarbeitet werden müssen. All dies schwächt die Position eines Managements bzw. von Verwaltungseinheiten, die darüber hinaus noch von den *professionell* verbundenen Experten kollektiv unter Druck gesetzt werden können, Entscheidungen in ihrem Sinne zu beeinflussen.

Umgekehrt begründet die Form der Arbeitsteilung Zweifel an der Homogenität der professionellen Berufsgruppe, die sich innerhalb dezentraler Einheiten (insbesondere im Krankenhaus) auch *fachlich* weiter ausdifferenziert und häufig in relativ segregierten Organisationskulturen (vgl. Schein 1985, 1996) mit je eigenem »Silo-Denken« (vgl. Stone 2004; Vahs 2015; für das Krankenhaus siehe Saalfeld et al. 2008: 49ff.; Behar et al. 2016) fortbestehen. Dort sind geteilte Annahmen innerhalb professioneller Gruppen ebenso Alltag wie fachliche Auseinandersetzungen, die auf »mimetischer Rivalität« (Girard 1997) beruhen, zwischen ihnen.[17] Genauso ist aus organisationstheoretischer Perspektive auch nicht zu übersehen, dass Professionelle trotz ihrer Autonomie und Zugehörigkeit zur professionellen peergroup gleichzeitig auch Organisationsmitglieder sind, womit angezeigt ist, dass sie Mitgliedschaftsregeln unterworfen sind, die ihren professionellen Motiven oder

17 In der Medizin wird klassisch, wie später in der empirischen Analyse (vor allem unter 6.2) noch zu zeigen ist, zwischen Fachbereichen unterschieden. Dort hat sich insbesondere eine innerprofessionelle Differenz zwischen internistischen (»sprechenden« bzw. einer »Narrativ-Medizin«) und stark operativ ausgerichteten, chirurgischen (»schneidenden« bzw. einer Apparatemedizin«) Fächern herausgebildet, die auf unterschiedliche medizinische Praktiken und auch korrespondierende Medizintheorien verweisen.

denen ihres Kollegiums zuwiderlaufen können und es daraufhin mitunter zu Anpassungsleistungen kommt. Insofern treffen in der Umwelt der Expertenbürokratie gesetzte Regeln auf Regeln, die sich die Organisation selbst setzt. Hinzu kommt das individuelle Betriebs- bzw. Anwendungswissen der Expert*innen, in dem diese Widersprüche kulminieren und die mit Entscheidungsprämissen und-pressionen der Organisation verhandelt werden müssen. Um diese komplexen Verhältnisse und Spannungen beschreiben zu können, braucht es ein Organisationsverständnis, das weder bei der Standardisierungskultur eines technokratischen Industriebetriebes, noch bei der formalhierarchischen Regelkultur einer Bürokratie stehenbleibt, sondern Ereignisse und Situationen in den Blick nimmt, in denen das Ringen mit Mehrdeutigkeit, Unsicherheit und Unwissen den *modus operandi* von Organisationen ausmacht. Hier kommt die von Bonazzi gestellte »organisatorische Frage« nach Entscheidungen und Ressourcen ins Spiel, der sich nun gewidmet wird.

3.3.3 Die organisatorische Frage

Wird also bei der Beschreibung des Grundproblems von Organisationen nicht auf die möglichst geräuschlose, effiziente Steuerung infolge szientistischer Methoden bzw. formaler Regelsetzung und -befolgung durch eine hierarchische Struktur abgestellt, rückt die Frage in Vordergrund, was Organisationen selbst aus sich machen und wie sie dies tun. Wie Bonazzi (2014: 19) ausführt, ging es in diesem »am stärksten uneinheitlichen« Strang zunächst darum, einen allumfassenden Organisationsbegriff zu finden, der in der Lage sein würde, die beiden anderen Fragen zu integrieren. Das Verständnis von Organisationen entwickelte sich weg von einem der bürokratischen Frage inhärenten idealistischen, später eher pessimistischen Blick auf die »Dysfunktionen bürokratischer Apparate« (ebd.: 20) und hin zu einer optimistischen Sichtweise. Organisationen wurden – allen voran im Strukturfunktionalismus (à la Parsons) – zunächst als Beitrag zur Harmonisierung der Gesellschaft betrachtet, da sie als »integrierte und legitimierte soziale Systeme« (ebd.) galten. Selbst in neoklassisch geschulten ökonomischen Ansätzen, wie der Institutionenökonomik (siehe den frühen, 1937 erschienen und sehr einflussreichen Aufsatz von Ronald Coase), wird ein Loblied auf Organisationen angestimmt. Sie werden dort als kostengünstige Alternative zur dezentralen, vermeintlich effizienten Koordination durch Preissignale auf Märkten ausgerufen. Was sich später zur Transaktionskostentheorie (vgl. Williamson 1981; North 1992) ausbuchstabieren sollte, beruht auf der Einsicht, dass Organisationen über »vertikale Integration« einen Vorteil gegenüber Märkten mit Blick auf Informations-, Vertrags-, Überwachungs-, Durchsetzungs- und Anpassungskosten haben können und somit in spezifischen Konstellationen geringere Transaktionskosten auslösen.

Vertikale Integration markiert das Erscheinen der »visible Hand« von Großunternehmen, deren Aufkommen Alfred D. Chandler (1977) als »managerial revolution« bezeichnet hat. Revolutionär daran ist der Konzentrationsprozess, der durch den Aufbau von Hierarchien und umfassenden Kontrollorganen in Form des (mittleren) Managements erlaubte, Leistungen aus einer Hand anbieten zu können und damit Kostenvorteile gegenüber unzähligen hierfür nötigen Markttransaktionen zu erzielen. Die Idee einer effizienten Koordination durch die »invisible Hand« (siehe weiter oben unter 2.1 sowie zur Ideengeschichte Sedláček 2012) des Marktes steht die Einsicht entgegen, dass der Anstieg organisationaler Kapazitäten de facto zur Dominanz marktbasierter Koordination zwischen Anbietern und Nachfragen durch große Organisationskomplexe führt. Dies verstärkt noch den Eindruck, die neue Macht der Organisation basiere auf der technischen oder formalen Rationalität, die hier als Folge von »unpersönlichen Funktionen von Systemen« (Bonazzi 2014: 20) auftreten.

Tatsächlich aber werden Organisationen spätestens seit den 19070er Jahren – getragen von konstruktivistischen Perspektiven – zunehmend vielschichtiger und ambivalenter beschrieben. In Abgrenzung vom »rational actor model« gilt neueren Beschreibungen von Organisationen seither folgende skeptische Beschreibung als instruktiv:

> »[…] structural elements are only loosely linked to each other and to activities, rules are often violated, decisions are often unimplemented, or if implemented have uncertain consequences, technologies are of problematic efficiency, and evaluation and inspection systems are subverted or rendered so vague as to provide little coordination.« (Meyer/Rowan 1977: 343)

Ein niedriges Niveau an bürokratischer Koordination, Regelverletzungen, nicht umgesetzte oder nicht intendierte Nebenfolgen produzierende Entscheidungen, ineffiziente Technologien und fehlende Transparenz infolge partikularer Interessen gerinnen zur neuen Organisationswirklichkeit, die weit entfernt scheint vom Weber'schen Idealtypus einer rationalen, gut geölten Organisationsmaschine sowie wissenschaftlich perfekt gemanagten Industrieunternehmen. Der Idealismus bzw. Optimismus der frühen Beschreibungen wird langsam aber sicher abgelöst durch einen *Realismus des Unwahrscheinlichen*. Die Existenz von Organisationen wird zunehmend fragwürdig und daher auch erklärungsbedürftig. Der Umstand, dass sie sich explizite Regeln und eine Hierarchie geben, auf ein optimales Verhältnis von Zwecken und Mitteln gerichtet sind und dergleichen mehr begründet noch keine hinreichend empirisch gesättigte Beobachtung des Gegenstandes »Organisation«. Weil der Gegenstand eine feinere, eigensinnigere Kontur erhält, wird auch die generelle »Annahme eines gesellschaftlichen Auftrags […] zunehmend unplausibel: Organisationen jeglicher Art sind mindestens so sehr

am Nachschub der Probleme, die sie lösen können, interessiert, wie an der Lösung der Probleme.« (Baecker 2017: 35)

Im Verlauf seiner Entwicklung hat die Organisationsforschung sich daher auch zunehmend der »Dark Side of Organizations« (Vaughan 1999) gewidmet und die *Grenzen ihrer spezifischen Rationalität* ausgelotet. Missgeschicke, Unfälle und unerwünschte Nebeneffekte organisationaler Entscheidungen werden zwar weiterhin häufig als Abweichung von der Regel angesehen oder in ökonomischen Ansätzen mit externen Effekten erklärt. Nichtsdestotrotz kommt organisationales Scheitern stärker in den Blick (vgl. etwa Meyer/Zucker 1989; Junge 2004; Bergmann et al. 2013;). Fehler und Irrationales werden bisweilen sogar zur Formalstruktur von Organisationen gerechnet (vgl. DiMaggio/Powell 1991: 13), Katastrophen und Unfälle erscheinen als Ausfluss schwer unkontrollierbarer Technologien, die in der Folge »normale Katastrophen« produzierten (vgl. Perrow 1992). Koordinationsprobleme zwischen Unternehmensbereichen oder Personalgruppen werden als kommunikativ eingeschliffene Gewöhnungseffekte sichtbar, die zu verhängnisvollen Entscheidungen führen (z.B. bei der Challenger Katastrophe 1967, vgl. Vaughan 1996).

Bereits mit den Arbeiten von Herbert Simon und der Entwicklung der sog. Verhaltenswissenschaftlichen Entscheidungstheorie (siehe z.B. Simon 1955; Cyert/March 1963) in den 1950er bis 1960 Jahren wurde in diesem Sinne ein ganz anderer Blick auf Organisationen frei. Problemlösungskapazitäten werden dort nicht an explizite Regeln und bürokratische Koordinationsmechanismen gebunden, sondern an das Treffen von *Entscheidungen*. Das im Mittelpunkt der Theorie stehende tatsächliche Verhalten in Organisationen wird – hierin besteht zunächst die folgenschwere Abkehr – auf der Ebene einer *begrenzten Rationalität* (»bounded rationality«) seiner Mitglieder verortet. Organisationen existieren nicht unabhängig von ihren Mitgliedern, sind demnach nicht auf Funktionen oder Zwecke reduzibel, sondern im Gegenteil als kooperative Systeme zu begreifen (siehe hierzu bereits Barnard 1948). In der Verhaltenswissenschaftlichen Entscheidungstheorie verfügt der Einzelne nur über begrenzte Kapazitäten der Informationsverarbeitung und eine begrenzte Motivation zur Mitarbeit. Ferner strebt er häufig nicht nach optimalen Lösungen, sondern nur nach solchen, die zufriedenstellend (»satisficing«) sind (vgl. Simon 1956).

Karl Weick (1995) hat im Anschluss an Simon et al. den Blick auf Organisationen insofern weiter radikalisiert, als dass bei ihm die Existenz von Organisationen einzig und allein in den kognitiven Akten der Sinnerzeugung seiner Mitglieder zu suchen ist, die mit dem *Prozess des Organisierens* in eins fallen. Formale Hierarchien, wissenschaftlich-methodisch erzeugte Regeln oder Ablaufpläne existieren bei Weick nur insoweit sie für Einzelne infolge retrospektiv verlaufender Prozesse der Sinnerzeugung (*sensemaking*) kognitiv verfügbar sind. Das individuelle sensemaking vollzieht sich dabei in drei Phasen: zunächst wird das »Rohmaterial seines Erlebens« mit vorangegangenen Erfahrungen verglichen und hierdurch geordnet.

Die Signale einer überkomplexen Umwelt werden so in einem ersten Schritt mit Sinn angereichert und damit gestaltet (»enactment«). Daraufhin kommt es zu seiner Auswahl (»selection«) sowie zuletzt durch Akkreditierung oder Diskreditierung (»retention«) zu einer Neuordnung der kognitiven Landkarten. Wichtig ist hierbei: »damit Innovation möglich bleibt, muss die gestaltete Umwelt Spannen der Mehrdeutigkeit offenhalten, weil nur so neben den überkommenen und gut bekannten auch alternative Interpretationen entstehen können« (Bonazzi 2014: 366).

Es entsteht insofern ein *evolutionäres* Bild von Organisationen, die durchaus in der Lage sind, ihren eigenen Weg im kontinuierlichen Fluss umweltbedingter Unwägbarkeiten durch die Produktion und Auswahl von Alternativen qua Entscheidung zu gehen, aber nicht im Sinne »rationaler Änderungsplanung« (Luhmann 2006: 349) wissen können, ob diese Entscheidungen tragen werden. Die Berücksichtigung von Überkapazitäten (»organizational slack«) und des »organisatorischen Schlendrians« (ebd.) dient mitunter auch dazu, immer wieder neue Alternativen im Blick behalten zu können, da es sonst zu Trägheit und Dienst nach Vorschrift kommt. Das evolutionäre Konzept des Organisierens macht es für Organisationsmitglieder wie externe Beobachter*innen (etwa Organisationsforscher*innen) mitunter schwierig, zweifelsfrei in Erfahrung zu bringen, was Organisationen sind, denn Intransparenz, Temporalität und Latenz gehören fortan zu ihren festen Bestandteilen. Der Blick wendet sich von Wesensfragen (Was sind Organisationen?) ab und richtet sich auf Prozesse und Praktiken (Wie organisieren Organisationen?). Technologische Prämissen, Formalstrukturen, explizite Regeln und wissenschaftliche Managementmethoden werden nicht bedeutungslos (im Gegenteil sind derlei Aspekte in modernen Organisationen mehr denn je zu registrieren), aber doch in ihrer Bedeutung relativiert. Sie fungieren nicht mehr als lieb gewonnene Bestandsgarantien, sondern werden zu *Dispositionen*, die relativ zum jeweiligen situativen Kontext als Ressourcen aber auch als Hindernisse fungieren können.

Mit Blick auf ihr Entscheidungsverhalten weisen sich Organisationen dann mitunter als »organisierte Anarchien« (Cohen et al. 1972) aus, da sie unter der Maßgabe schwer zu operationalisierender Ziele, wechselnder Entscheidungsteilnehmer und unvollkommener Technologien ihre Entscheidungen zu treffen haben. Sie leben häufig über ihren Verhältnissen, produzieren »organizational slack« (Cyert/March 1963), ob intendiert oder nicht und verhalten sich daher nicht so, wie es die Effizienz- und Gleichgewichtsmodelle der ökonomischen Theorien annehmen. Die Verhaltenswissenschaftliche Entscheidungstheorie legt vielmehr nahe, den Entscheidungsmodus von Organisationen nach der Vorlage eines »Mülleimer-Modells« (ebd.) zu konzipieren. Dort wird angenommen, dass alles, was von Relevanz für Organisationen ist, als Entscheidungsvariable in einem fiktiven Mülleimer gesammelt und eher zufällig denn systematisch-kausal vor dem Hintergrund der situativen Verfügbarkeit herausgezogen wird. Der Gegenstand des Organisatori-

schen ist damit stets nur aus einer inhärenten *Unsicherheit* heraus zu bestimmen (vgl. für einen Überblick zum Zusammenhang von Organisation und Unsicherheit, Apelt/Senge 2015).

Wenn der Bestand von Organisationen generell unsicher erscheint, spielen *Ressourcen und Entscheidungen* eine besondere Rolle. Über Ressourcen und Entscheidungen konstituieren sich Organisationen im Innern, zugleich markieren sie deren Verhältnis zu einem Außen, zu ihrer organisationalen *Umwelt*. Denn weder die Verfügungsgewalt über »ausreichende« Ressourcen (wie viel ist genug?) noch das Fällen »richtiger« Entscheidungen (wann und unter welcher Perspektive ist eine Entscheidung richtig?) kann einzig mit wissenschaftlichen Methoden, der Verlässlichkeit des Personals noch durch bürokratische Regeln zweifelsfrei gesteuert und auf alle Zeit gesichert werden. Zugleich werden Managementmethoden (und deren Moden) in der Umwelt von Organisationen entwickelt und propagiert, neue Mitglieder müssen von Universitäten oder anderen Organisationen rekrutiert werden und Regeln sowie Aktivitäten nicht selten an neue Standards und gesetzliche Vorschriften, die extern erzeugt werden, angepasst werden.

Die externe Kontrolle von Organisationen *durch* Organisationen, die sich gegenseitig Ressourcen zur Verfügung stellen, hat insbesondere die Theorie der Ressourcenabhängigkeit (»ressource dependence theory«, kurz RDT) von Pfeffer und Salancik (1978) herausgearbeitet. In ihrem Buch »The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective« entwickeln die Autoren eine konflikttheoretische Sicht auf Organisationen, die vom steten existenziellen Kampf um die Beschaffung von Ressourcen aus ihrer Umwelt geprägt werden. Ihre Entscheidungen sind daher als Ausfluss von Transaktions- und Austauschmustern mit der Umwelt zu verstehen und nicht aus »internal dynamics and the values and beliefs of leaders« (ebd.: XI). Da dies als Prämisse aller Organisationen gilt, stehen Organisationen und ihre Entscheidungen folglich in einem ressourcenbasierten Interdependenzverhältnis zueinander. Zwar gestaltet jede Organisation sich in Aushandlungsprozessen mit anderen Organisationen seine eigene spezifische Umwelt (»enacted environment«, diese Überlegung übernehmen sie von Karl Weick), ihre konstitutive *Abhängigkeit* vom Zufluss überlebenswichtiger Ressourcen durch ihre Umwelt aber scheint nicht auflösbar. Ressourcen werden breit definiert, als etwas, dass »can be almost anything that is perceived as valuable« (Pfeffer 1992: 97). Es wird noch zu zeigen sein, dass dies eine nicht ganz unproblematische Setzung ist.

Was sichert nun aber die kontinuierliche Ausstattung mit Ressourcen? Für Pfeffer/Salancik erklärt sich die Ausstattung mit Ressourcen nicht über die technische Effizienz organisationaler Aktivitäten. Wichtiger es ist für sie, die »Bedeutung symbolischer Ressourcen in der Steuerung von Organisationen zu unterstreichen« (Bonazzi 2014: 359). Hier legen sie den Fokus auf die Fragen von Macht und des geschickten politischen Agierens (»strategic choice«), der die Autoren dazu veranlasst, die entscheidende Fähigkeit von Organisationen darin auszumachen, eine

»coalition large enough to ensure survival« (Pfeffer/Salancik 1978: 25) zu begründen. Die Effektivität politischer Macht siegt über wirtschaftliche Effizienz: Organisationen werden damit selbst zu »markets for influence and control« (ebd.: 24), die relativ unabhängig vom einzelnen Mitglied oder einer Gruppe besteht, aber nur insoweit sie in der Lage ist, deren Aktivitäten zu kontrollieren. Organisationen sind eingebettet in ein dichtes Geflecht von Beziehungen und Abhängigkeiten (»embedded in networks of interdepedencies« ebd.: XII), in der jede Organisation danach strebt, die jeweils anderen Organisationen zu kontrollieren, ohne dass sich dies negativ auf deren Bereitschaft auswirkt, die Organisation weiterhin mit Ressourcen zu versorgen.[18] Wie kann dies gelingen? Die Kontrolle endet für Pfeffer/Salancik immer dort, wo Organisationen ihre *Effektivität* einbüßen. Während wirtschaftliche Effizienz lediglich als *interner* Leistungsindikator von Organisationen veranschlagt wird, betrifft die Effektivität das Vermögen von Organisationen, ihre *externen* Evaluatoren zufrieden zu stellen: »Effectiveness is an external standard applied to the output or activities of an organization« und »[…] involves how well the organization is meeting the needs or satisfying criteria of the evaluator« (ebd.: 34).

Im Mittelpunkt steht also die Frage nach der Legitimität dessen, wofür Organisationen in Ihrer Umwelt wahrgenommen werden. Hier ergeben sich Anschlüsse an den soziologischen Neo-Institutionalismus[19] (im Folgenden mit SNI abgekürzt; vgl. DiMaggio/Powell 1983; Meyer/Rowan 1977; Scott 1995; Zucker 1983; für einen Überblick siehe Powell/DiMaggio 1991) der ebenfalls dem Problem des Ressourcenzuflusses mit Rekurs auf organisationale Umwelten und symbolische Ressourcen zu lösen sucht. Allerdings entspringt die Theorieanlage einer *Konformitäts-* und *Homogenisierungsthese*. Konflikthafte, politische Aushandlungs- und Austauschprozesse stehen eher im Hintergrund, wichtiger ist eine *compliance* mit den Anforderungen der organisationalen Umwelt, die als von den konkreten organisationalen Aktivitäten unabhängig erscheinen. Die These lautet zunächst ähnlich: der Erfolg von Organisationen liegt nicht in erster Linie in ihrer technischen Rationalität begründet, die durch eine Formalstruktur abgebildet wird. Vielmehr reflektiert die Formalstruktur institutionalisierte Erwartungen der organisationalen Umwelt. In der Konsequenz ist es dann nicht – wie bei Pfeffer/Salancik – das mikropolitische Geschick bzw. die Effektivität im Umgang mit Ressourcengebern in der Umwelt, die das Überleben von Organisationen sichert, sondern die ihnen (extern wie intern) verliehene Legitimität.

---

18 Hieraus ergeben sich Anknüpfungspunkte an die netzwerktheoretischen Arbeiten von Harrison White, vgl. ders. (1992).

19 Siehe Selznick (1996) zur Abgrenzung des »alten« vom »neuen« Institutionalismus.Die alten wie neuen institutionalistischen Theorien gehen ferner davon aus, dass »informal structures deviate from and constrain aspects of formal structure, and … the organization's intended, rational mission [is undermined] by parochial interests« (Powell/DiMaggio 1991: 12).

Im Unterschied zur Theorie der Ressourcenabhängigkeit nimmt der SNI als Folge hingegen an, dass Organisationen einander immer ähnlicher würden, da sie nach Deckungsgleichheit mit kollektiven, institutionalisierten Regeln strebten.[20] Legitimität kann zugesprochen werden durch andere, als erfolgreich wahrgenommene Organisationen, einzelne Expert*innen oder professionelle Verbände sowie intern durch Organisationsmitglieder. Organisationen werden in spezifischen organisationalen Feldern oder Sektoren verortet, die »[…] in the aggregate, constitute a recognized area of institutional life: key suppliers, resource and product consumers, regulatory agencies, and other organizations that produce similar services or products« (DiMaggio/Powell 1983: 148). Im Zentrum des Interesses stehen Prozesse einer zunehmenden Strukturähnlichkeit (»Isomorphie«) zwischen Organisationen, die entweder durch Zwang, Nachahmung (Mimesis) oder normative Vorgaben erwirkt wird (vgl. ebd.). Gleichzeitig könnten Organisationen auf diese »isomorphic pressures« mit Entkopplung ihrer Aktivitäten von der Repräsentationsstruktur und dem Aufbau von »Legitimationsfassaden« (Meyer/Rowan 1977) reagieren (siehe zur Differenz von »action and talk« auch einflussreich Brunsson 1989). Eine *compliance* mit den institutionellen Umwelten wird dann in Form einer Formalstruktur bloß zur Schau gestellt und so zu rein zeremoniellen Zwecken einem Rationalitätsmythos geopfert.

Im Sinne der oben bereits dargestellten Praxistheorien stellt sich der Neo-Institutionalismus als Kulturtheorie dar (die Autoren nehmen häufig Bezug auf einen »cultural cognitive turn«), denn er interessiert sich für »the power of common understandings that are seldom explicitly articulated« (Zucker 1983: 5) und basiert »at the microlevel on […] a theory of practical action« (Powell/DiMaggio 1991: 22). In diesem Sinne bestehe eine »natural affinity between Bourdieu's ideas and neo-institutional theory« (ebd.: 26), die aber noch weiter ausgebaut werden müsse (vgl. auch Friedland/Alford 1991). Dies erklärt sich aus den unterschiedlichen theoretisch-methodologischen Traditionen, die bereits in den Aufsätzen, die den SNI begründeten, zum Ausdruck kommen: einerseits werden ethnomethodologische Konzepte betont (vgl. Zucker 1983), andererseits aber auch sozialkonstruktivistisch-phänomenologische Konzepte kultureller Praxis vertreten[21], die zwar auf selbstverständlich erscheinende (»taken for granted«) geteilte Sinngehalte abstellen, dennoch hier vor allem auf die explizit lesbaren, kodifizierten Aspekte sym-

20 Demonstriert wird dies etwa an der (globalen) Verbreitung organisationaler Strukturelemente, etwa der Einrichtung von Ethik-Abteilungen oder der Einführung eines Umweltmanagements nach DIN-Normen. Vgl. hierzu die Weiterentwicklung des SNI zur »world polity« Forschung durch John W. Meyer (2005).

21 Siehe Meyer/Rowan (1977: 341, 346) für den Einfluss von Alfred Schütz sowie Berger/Luckmann auf den SNI. Diesem Problem wird sich im Methodenkapitel aus Sicht einer praxeologischen Wissenssoziologie, welcher sich die hier zur Anwendung kommende Dokumentarische Methode verpflichtet fühlt, erneut angenommen.

bolischer Ordnung – den »Common Sense« – abstellen. Kultur wird hier letztlich als rein mimetische Praxis vorgestellt, die einer Orthodoxieunterstellung (die Doxa bei Bourdieu, siehe oben 3.2) entspringt, aber zu wenig Interesse für Widersprüchliches und Deviantes aufbringt, sich nicht – um mit Bourdieu zu sprechen – für die Probleme eines »gespaltenen Habitus« interessiert (vgl. auch die Darstellung der »Three Pillars of Institutions« bei Scott 2014: 60).

Darüber hinaus wird der Entscheidungsbegriff als weitere Folge der Homogenisierungstendenz in organisationalen Feldern nahezu ausgeblendet. Organisationen wirken dementsprechend insgesamt eher passiv-reaktiv. Das Interesse des SNI an »properties of supraindividual units of analysis that cannot be reduced to aggregations or direct consequences of individual's attributes or motives« (Powell/DiMaggio 1991: 8) hat dann auch eine »Strukturmetaphysik« (wie DiMaggio 1988 selbst bemerkte) begründet, die den Durkheim'schen Tatbeständen nahekommt und »interest and agency« (ebd.) vernachlässigt. Fragmentierung, Differenz und politischer Dissens wurden sowohl theoretisch wie empirisch unterschätzt. Unsicherheit und Kontingenz in Organisationen erschienen aufgrund überbordender »isomorphic pressures« letztlich abgefedert.

3.3.4 Synthese: »Aspirationalisierung« durch Zahlen – Zur Praxis organisierter Fiktionen

Der Blick auf Organisationen büßt – trotz einer Miteinbeziehung organisationaler Umwelten – somit wiederum an Komplexität ein, wenn er von einer internen »Kontrollillusion« (Dermer/Lucas 1986) tayloristischer oder bürokratischer Provenienz zu einem externen Durchgriff institutionalisierter Erwartungen übergeht. Es muss also erstens die Idee aufgegeben werden, »eine nur flache und unbewegliche Umwelt« (Bonazzi 2014: 366) vor sich zu haben, die von der Organisation ohne Weiteres antizipiert und verlässlich bearbeitet wird oder die umgekehrt in kausaler Weise auf selbige Organisation durchgreift. Die Umwelt wird – mit anderen Worten – als enorm wichtige (etwa mit Blick auf den Ressourcenzufluss), doch stets überkomplexe Variable aufgefasst, zu der sich Organisationen in ihrer eigenen Art und Weise stets nur unvollkommen verhalten können und müssen. Zweitens bedeutet es, ein Konzept von Organisationsmitgliedern zu verabschieden, in dem deren einzige Möglichkeit es sei, »bis ins Unendliche das zu wiederholen, was sie immer schon getan haben« (Bonazzi 2014: 366), sei es aufgrund des »one bestway« einer szientistischen Produktionslogik (Taylor), des »stahlharten Gehäuses der Hörigkeit« (Weber) oder der nicht hinterfragten Akzeptanz und Reproduktion expliziter Vorstellungen einer »guten« organisationalen Praxis. Genauso wenig beginnen organisationale Akteur*innen (weder kollektive noch individuelle) erst zu handeln (vgl. Pfeffer/Salancik weiter oben), wenn die Sicherheit des Ressourcenflusses bedroht ist oder es ihnen aus partikularistischen Interessen heraus oppor-

tun erscheint. Besser erscheint es, wenn Organisationstheorien damit rechneten, dass die Bedingungen in Organisationen häufiger von der *Suche nach Kontrolle* denn von Kontrolle, vom *Kampf mit Wahrscheinlichkeiten* denn von Planbarkeit, von *professioneller Routine* denn von explizitem Wissen, von Entscheidungen, die keine guten Voraussetzungen kennen, geprägt sind.

Unsicherheit und Kontingenz in Organisationen müssen daher wesentlich stärker als bislang als Ressourcen und Direktiven berücksichtigt werden, auch mit Blick auf deren Umweltverhältnisse. Unsicherheit kann daher nicht mit Chaos, Lähmung oder Resignation gleichgesetzt werden. Sie fungiert eher als Motor, der die Organisation am Laufen hält und damit als Filter, der den »Prozess des Organisierens« (Weick 1995) wirklichkeitsadäquater einfängt. Als Beispiel kann die Bereitstellung neuer Finanzmittel für Universitäten gelten. Von der politischen (oder privatwirtschaftlichen) Seite, die diese Mittel bereitstellt, dürften die Gelder als *Problemlösung* betrachtet oder zumindest öffentlich propagiert werden. Organisationsintern jedoch wird ein solcher Finanzreigen eher eine neue *Problemstellung* generieren, da nun zunächst darüber entschieden werden muss, was mit den Mehreinnahmen geschehen soll. Geld fungiert hier zwar als Ressource, mit der neue Möbel, IT-Technik oder Personal beschafft werden können, aber zugleich auch als Anreiz, über institutionalisierte Verteilungsregeln und –methoden zu streiten, bereits getroffene Investitionsentscheidungen zu verwerfen, politische Seilschaften zu hinterfragen oder die eigene Mittelverwaltung kurzfristig (im Sinne eines »Frisierens«) anzupassen.

Nicht Fragen der Perfektion, Effizienz und Zweckmäßigkeit dominieren fortan, sondern die Frage, wie Organisationen den evolutionären Anpassungs- und Selbsterhaltungsdruck, der auf ihnen lastet, erfolgreich bearbeiten, wie sie »Unsicherheitsabsorption« (Luhmann) betreiben, wie sie halbwegs zufriedenstellende (»satisficing« Simon 1956, siehe weiter oben) Ergebnisse erzielen können. Nach der gängigen Diktion von Luhmann gelingt dies, weil die Organisation fungiert als »Treffraum für die unterschiedlichen Funktionssysteme, ohne daß deren systemeigene Autopoiesis dadurch eingeschränkt würde« (Luhmann 2000: 398). Sie gehört also keinem Funktionssystem ganz an, ist dementsprechend durch keine organisationale Umwelt prädeterminiert, sondern steht lediglich über strukturelle Kopplungen bzw. Interpenetration mit *unterschiedlichen Umwelten* in Kontakt.[22]

22 Die Begriffe der strukturellen Kopplung und Interpenetration sind vielfach kontrovers diskutiert worden. Letzterer ist der ältere der beiden Begriffe und diente Luhmann insbesondere zur Beschreibung der ko-evolutionären Entwicklung von psychischen und sozialen Systemen (vgl. Luhmann 1987). Strukturelle Kopplungen gelten Luhmann (2006: 400) als »Konsequenzen der funktionalen Gesellschaftsdifferenzierung. […] Sie sind auf der Ebene des Gesellschaftssystems angesiedelt und als solche nicht eine Funktion von Organisationen. Aber sie wären in der notwendigen Komplexität und Differenziertheit kaum möglich, wenn es nicht Organisationen gäbe, die Informationen raffen und Kommunikation bündeln können und so

Umgekehrt geht kein Funktionssystem in Organisationen auf, da diese nur über Medien (Geld in der Wirtschaft, Macht in der Politik, Wahrheit in der Wissenschaft etc.) an ihnen teilhaben. Organisationen sind darauf ausgerichtet, die von ihrer jeweils spezifischen Umwelt ausgehenden, teils inkommensurablen Erwartungen zueinander in Beziehung zu setzen und auszutarieren.

Daher gilt es, bei der Organisationsanalyse von Strukturen und Akteur*innen, die Ordnung und Berechenbarkeit suggerieren, zu *Prozessen*, die Diskontinuitäten und Unwahrscheinliches bergen, überzugehen und somit den zeitkritischen Reproduktionsmodus von Organisationen schärfer zu stellen. Luhmann (1994: 1; 2006) hat dies wie kaum ein anderer Organisationsforscher vorgemacht, wenn er Organisationen als »Verknüpfung von Entscheidungsereignissen« definiert und damit als fragile, immerzu unfertige und zeitkritische Praktiken versteht, die sich von Moment zu Moment, von Entscheidung zu Entscheidung hangeln. Er ist damit der Praxis von Organisationen ein entscheidendes Stück nähergekommen. Organisationen werden hier als soziale Systeme gefasst, die sich selbst anhand der konstitutiven Differenz von System/Umwelt beobachten und Werke ihrer eigenen Entscheidungen sind (Autopoiesis) und in dem Sinne einzig und allein eine selbstreferenzielle *System- bzw. Organisationsrationalität* begründen können. Alles was Organisationen in dieser Perspektive verrichten, erscheint notwendigerweise Stückwerk, befristet und vorübergehend zu sein, denn: »Eine Organisation arbeitet laufend an Schließungen, aber es gelingt ihr immer nur die unvollkommene und brüchige Schließung: Besprechungen bedürfen der Fortsetzung, Verzögerungen führen zu neuen Informationen, und die Bedingungen, unter denen man etwas beschlossen hat, sind nicht die Bedingungen, unter denen die Beschlüsse zur Anwendung kommen.« (Baecker 2017: 65)

Doch wie wird dieses *Organisieren auf Sicht* in der Praxis erzeugt? Ketzerisch gefragt: Wieso gibt es Organisationen überhaupt noch, wenn ihre einzige Kontinuität darin zu bestehen scheint, »permanently failing organizations« (Meyer/Zucker 1987) zu sein? Wie können – um den nicht weniger ketzerischen Umkehrschluss zu betonen – Organisationen von ihrer konstitutiven Unsicherheit *profitieren*? Eine systemtheoretische Erklärung ist, dass Organisationen mit ihren Routinen, Regeln der Mitgliedschaft, Hierarchien und Plänen nicht nur vom sozialen Problem der »doppelten Kontingenz« (Luhmann 1987) ablenken, sondern hierüber gleichzeitig Komplexität aufbauen, indem sie in der Praxis *Vorstöße* zu einem stets temporären Ordnungsaufbau leisten. Organisationen betreiben »Unsicherheitsabsorption« indem sie mannigfaltige »funktionale Äquivalente« bereitstellen können, die für unterschiedliche Situationen kalibrierbar sind.

---

dafür sorgen können, dass die durch strukturelle Kopplungen erzeugte Dauerirritation der Funktionssysteme in anschlussfähige Kommunikation umgesetzt wird.«

Für moderne Organisationen ist es mit Luhmann – wie weiter oben (2.2.1) bereits festgehalten wurde – geradezu als evolutionäre Errungenschaft zu betrachten, dass diese vom Willen und den Motivationen ihrer Mitglieder abstrahieren, diese geradewegs zu Entscheidungsprämissen von Organisationen werden, die man in Organigrammen erfassen kann. Organisationen verstehen sich darauf, *»die Einheit von Individuum und Person als operative Fiktion«* (ebd.: 90, Hervorhebungen im Original) zu behandeln und so die Mitglieder in ihrer Umwelt zu belassen. Die Mitglieder der Organisation sollen ihr also gar nicht mit Haut und Haar angehören und können gerade deshalb auf »hochgradig künstliche Verhaltenserwartungen« (Luhmann 1991:12) verpflichtet werden. Luhmann hält Organisation somit für »*soziale Systeme*, die sich erlauben, *menschliches Verhalten so zu behandeln, als ob es ein Entscheiden wäre*.« (Luhmann 1981: 354, Hervorhebungen im Original) Natürlich müsse ein »Mindestmaß an psychisch fundierter Realität […] vorliegen«, dennoch lässt sich

> »die Realität der Organisation […] nicht als Summierung dieser Fakten begreifen, sondern sie ergibt sich erst aus eigenständig-selektiven Prozessen des Ignorierens, Vergessens, selektiven Wahrnehmens und Überschätzens. […] Organisation ist nach diesem Begriff keineswegs eine bloße Fiktion ihrer selbst, wohl aber auf der Ebene ihrer Elemente eine erfolgreich durchgesetzte Unterstellung mit einer dafür ausreichenden Deckung durch Realverhalten.« (Ebd.)

Die operativen Fiktionen des sozialen Systems ermöglichen es daraufhin, mitgliederbezogene Erwartungen »relativ dauerhaft zu reproduzieren« (ebd.) und diese selbst im Fall des offenen oder latenten Widerspruchs (im Sinne einer »kontrafaktischen Stabilität«, Luhmann 1993) zu behaupten.

Der praktische Umgang mit *Fiktionen*[23] im Modus des »Als-Ob« (siehe grundlegend Goffman 1996; mit Bezug zum Habituskonzept Bourdieu 1998 sowie weiter oben 3.2; in der Wirtschaftssoziologie Beckert 2013; für Organisationen Ortmann 2004) kommt in Organisationen also gerade dann eine herausgehobene Bedeutung

23 In der neueren Wirtschaftssoziologie hat Jens Beckert (2013) einen »soziologischen Fiktionalismus« formuliert, der aufgrund seiner pragmatistischen Orientierung eine gewisse Wesensverwandtschaft suggeriert. Allerdings ist Beckerts Fiktionalismus trotz Abwendung vom rational actor model strikt individualistisch-handlungstheoretisch angelegt und sitzt letztlich, wie Sparsam (2015: 249ff.) argumentiert, Verkürzungen des mikroökonomischen Paradigmas auf (Intentionalität, Repräsentationalität und Rationalität der Ziele und Zwecke des Handelns). Handelnde greifen laut Beckert auf »fictional expectations« zurück, wenn sie sich über die Folgen und Ziele ihrer Handlungsvollzüge Gedanken machen und diese versuchen abzuschätzen. Fiktionen sind demnach »images of some future state of the world or course of events that are cognitively accessible in the present through mental representations« (Beckert 2013: 200). Unter Bedingungen der Unsicherheit greifen Akteure also auf Fiktionen zurück, um Kontrolle und Erwartungssicherheit zu simulieren.

zu, wenn es darum geht, ihre Unsicherheit zu bearbeiten. Dabei sind Organisationen als hochgradig zweckgebundene Gebilde häufig der theoretischen Unterstellung (auch Seitens Luhmann) ausgesetzt, auf geldwerten Tauschbeziehungen zu beruhen, die als funktionale Äquivalente persönlicher Motivationen und normativer Überzeugungen dienen und der Organisation erlauben, das Individuum als Quelle der Unsicherheit einzuhegen. Doch die reproduzierende Kraft operativer Fiktionen darf auf der einen Seite nicht – wie oben bei Bourdieus Gedankengängen zum Gabentausch bereits erkundet wurde – als genereller Ausdruck einer objektiven, harten ökonomischen Wahrheit verstanden werden. Akteur*innen, die soziale Verpflichtungen in symbolischen Beziehungen fern jeder Berechnung im Sinne eines »Als-Ob« eingehen, werden so zu bloßen Statisten infolge der »Verkennung« (Bourdieu 1993) des objektiven Tauschcharakters gemacht.

Auch Organisationen und ihre Mitglieder sitzen keiner ökonomistischen Verblendung auf, die nur ein Soziologe wie Bourdieu aufdecken kann, wenn sie Normen und Werte praktisch zur Sprache bringen, sondern sind tatsächlich und täglich auf sie angewiesen im Sinne eines performativen »Geltens-als, eines Nehmens-Für« (Ortmann 2004: 240). Im Modus des »fingierenden Vorgriffs« (ebd.) werden in ökonomischen Zusammenhängen und damit auch in Organisationen unablässig performative Unterstellungen produziert, die »von ihrer nachträglichen Einlösung zehren, die sie selbst bewirken – jedenfalls bewirken sollen.« (Ebd.) So lässt der Vertrauensvorschuss, den ein etablierter Chefarzt einem neuen Assistenzarzt auf Station zuteilwerden lässt, wohlmöglich erst genau diese Vertrauenswürdigkeit entstehen, die dem bisherigen Verhalten als bloße Unterstellung inne war. Darüber hinaus kann diese operative Fiktion auch zu einer höheren intrinsischen Arbeitsmotivation führen, die ökonomisch positiv zu Buche schlägt, auch wenn dies die ökonomische Theorie (in Form der Verhaltensökonomik) nur zögerlich in ihre Annahmen einfließen lässt (siehe Frey 1997; Tomer 2007).

Auf der anderen Seite verweisen die produktiven Fiktionen nicht ausschließlich auf funktionale Erfordernissen einer System- bzw. Organisations- und schon gar nicht einer Umweltrationalität. Eher kommt es in sozialen Beziehungen, die Ökonomisches verhandeln, mit Ortmann gesprochen, zu einer »peripheren Intentionalität« (ebd.: 155), einem Begriff von Wil Martens. Er umbeschreibt folgenden Kontext: »Die Akteure lügen sich nicht in die Tasche, sondern erfüllen die Pflichten des Gebens und Nehmens vor einem Hintergrundwissen um deren ›wirtschaftliche Funktion‹« (ebd.: 155). Das Ökonomische betritt per Hinterbühne, *von außen*, das soziale Geschehen, auch in Organisationen. Dennoch: »Die Einsicht in die Funktion hindert nicht am Handeln aus Lust und auch nicht am Handeln aus Pflicht.« (Ebd.) Einem Arbeitskollegen einen Gefallen zu Schulden oder Vorgesetzten gute Absichten zu unterstellen, spielt in Organisation genauso eine Rolle, wie vertraglich fixierte Verhaltenserwartungen. Beide berühren sie geldwerte und nicht geldwerte

Dimensionen des auf operativen Fiktionen beruhenden sozialen Miteinanders in Organisationen.

Die soziale Praxis in Organisationen erscheint damit insgesamt als mehrwertig und fluktuierend, sie verfährt getreu dem Motto: »Das Unwahrscheinliche ist das Reale« (Luhmann zitiert nach Kluge 2017). Daher müssen Organisationen ständig zwischen unterschiedlichen real existierenden Fiktionen differenzieren, was es ihnen erlaubt, Mittel unter der Maßgabe einer »brauchbaren Illegalität« (Luhmann 1972) zu beobachten, wenn es die Bedingungen erfordern. Das Arbeiten an und in der *Virtualität* und in Graubereichen, die nicht zuletzt aus der fehlenden Eindeutigkeit von Regeln entstehen, macht ihr besonderes Terrain aus. Echt und Nicht-Echt zugleich, sind sie logische Widersprüche, die trotzdem (oder genau deshalb) existieren und überleben. Luhmann spricht bei derlei Widersprüchen gerne von Paradoxien, mit Bezug auf Organisationen allen voran von der Paradoxie des Entscheidens. Die Verkettung von Entscheidungen als Ereignisse in Organisationen sind in ihrem

> »Fortgang […] mithin ein selbstgemachtes Artefakt. Er beruht, ähnlich wie die Statistik, auf einer fiktionalen (und in nochmals verengtem Sinne dann aktenkundigen) Realität. Das Entscheidungsgeschehen ist, anders gesagt, die Art und Weise, in der die Organisation sich selbst unterscheidet und daran erkennt, was sie tut. (Luhmann 2003: 17)

Organisationale Entscheidungen sind in dieser Sicht mehr oder minder gelungene Selbsttäuschungen über den Zusammenhang von Vergangenheit und Zukunft in einer stets flüchtigen Organisationsgegenwart. Sie liefern Ankerpunkte und Wegmarken, die retrospektiv (vgl. Weick 1995) mit Sinn aufgeladen und als Ausweis – je nach situativer Lage – z.B. weiser Vorausschau oder externer Turbulenzen gerahmt werden können. Insofern sind organisationale Ressourcenzuflüsse nicht bloß materieller (technische Effizienz) oder symbolischer (Effektivität), sondern virtueller Art. Sie sind – der Wortbedeutung von »virtuell« nach – *fähig zu wirken*, obwohl über die Form, in der sie vorgeblich existieren, nichts Definitives gesagt werden kann. Virtualität, Täuschung und Unsicherheit entspringen der gleichen differenztheoretischen Wurzel der *Kontingenz*, die Luhmann (1987: 152) definiert als »etwas, was weder notwendig ist noch unmöglich«. Wie Luhmann betont, sind auch *Statistiken* in einer derartigen Weise zu verstehen und stellen deshalb in Organisationen bevorzugte Navigatoren dar. Statistiken und andere numerische Werte, die zudem noch in Geldeinheiten ausgedrückt werden können, kommen somit für Fragen des »organisierten Rechnens« (Vollmer 2004) besonders in Betracht. Sie tragen dem organisationalen Bedürfnis nach Fiktionalisierung Rechnung und dienen, in Form des Geldes, gar als »Meta-Ressource« (vgl. Kette 2017). Dies ist nicht nur in finanzwirtschaftlichen Zusammenhängen evident (vgl. etwa Esposito 2010), sondern kann allgemein für organisationale Zusammenhänge angenommen werden.

Zwischen Entscheidungen und Rechenpraktiken besteht dann auch ein enger Zusammenhang, denn über »*organisiertes Rechnen wird entschieden*« (Vollmer 2004: 451, Hervorhebungen im Original). Zugleich erfüllen Rechenpraktiken in modernen Organisationen die wichtigen Funktionen »Repräsentation, Wirklichkeitskonstruktion und Zahlenreproduktion« (ebd.: 452), auf die Entscheidungsereignisse häufig bezogen sind. Repräsentation bezieht sich auf die (mitunter als naiven Realismus kritisierte, in ökonomischen Kreisen häufig bemühte) Vorstellung, organisationale Rechenpraktiken könnten »ökonomische Tatsachen sach- und termingerecht repräsentieren« (ebd.: 453). Konstruktivistische Perspektiven auf organisiertes Rechnen betonen eher seine »wirklichkeitsstiftende« Funktion, die in der Organisation ein Eigenleben erzeugt, deren »Selektivität« aber nicht durch einen »rechenexternen Gegenstandsbereich vorgegeben« (ebd.: 454) ist. Schließlich dient die »Reproduktion von Zahlen aus Zahlen als Mechanismus der Aufrechterhaltung innerer Ordnung organisierten Rechnens im Organisationsalltag« (ebd.: 455). Die Vervielfältigung von Zahlen in Organisationen leistet also einen Beitrag zum Aufbau einer alltäglichen Organisationswirklichkeit (vgl. die Ausführungen zur doppelten Buchführung, 2.2.4) und verweist unmittelbar auf die wesentliche Funktion organisierten Rechnens:

> »[…] die *Erzeugung reproduziert-reproduzierbarer Wirklichkeitsgrundlagen für Prozesse des Organisierens*. Der organisierte Umgang mit Zahlen läßt Organisationen für Prozesse des Organisierens Anknüpfungspunkte in der eigenen Geschichte finden und erlaubt es, Eingriffe in diese Geschichte differenzierend zu beobachten und zu bewerten.« (ebd.: 457, Hervorhebungen im Original)

Die Werkzeuge des Rechnungswesens liefern der Organisation also eine basale Erkenntnis-und Wirklichkeitsgrundlage im Verhältnis zu ihrer Umwelt an die Hand, geben Anhaltspunkte dafür, was getan und wie es getan wurde, lassen aber stets die Möglichkeit offen, davon abweichende Schlussfolgerungen und Bewertungen für die Zukunft vorzunehmen. Sie sind also organisiertes Gedächtnis und kreatives Reservoir für Entscheidungen über die Zukunft in der Gegenwart zugleich. Wie Rechenpraktiken verwendet werden, hängt wiederum auch von »Prozessen des Einlebens organisierten Rechnens« (ebd. 456) ab. Die Gewöhnung an organisierte Rechenwelten vollzieht sich allerdings nicht nur organisationsintern, sondern hängt auch vom »Ordnungs- und Regulierungswillen« der organisationalen Umwelt ab, wie sie in Diskursen um ein »New Public Management« (vgl. Bogumil 2004) und spezifischen Governance-Modellen entwickelt und propagiert werden. Häufig entpuppen sich organisierte Rechenspiele als »wiederkehrende Gelegenheit zur Artikulation von Verbesserungsansprüchen« (Vollmer 2004: 459) an die Adresse von Organisationen (siehe Kapitel 4). Institutionalisierte Erwartungen in Form organisierten Rechnens – wie im SNI vorgestellt – lösen dann keine homogenisierenden Effekte aus, noch spielen sie auf der Ebene politischer Allianzbildung (wie

in der RDT), sondern werfen Organisationen und insbesondere ihre Mitglieder auf die Frage zurück: »Warum nicht mehr Profit? Warum nicht weniger Kosten?« (ebd.)

In Form meist quantitativer Zielvorgaben entwickelt organisiertes Rechnen »Anspruchsmarken« (ebd.: 460), indem nach schon bekannten Schemata (Vorher/Nachher; Soll/Haben) auf *numerische Differenz* kontrolliert wird. Diese Marken können dann in Entscheidungsprozesse eingepflegt und so in zweierlei Hinsicht organisational wirksam werden: als Katalysator für die »Konkretisierung von Änderungsansprüchen« und für »Chancen, für Änderungsansprüche Adressaten in den Organisationen zu finden, z.B. durch die Zurechnung von Kostendifferenzen auf einzelne Abteilungen« (ebd.). Hieraus erwächst der spezielle Kitt organisierten Rechnens mit Blick auf Entscheidungen und Ressourcen, den Vollmer (2004) »*Aspirationalisierung*« getauft hat. Die Rationalität organisierter Rechenpraktiken legt damit in der »fortwährenden Induzierung von Ordnungs- und Regulierungsansprüchen« begründet, von denen ein »Beunruhigungspotential« (ebd.: 460) über die Frage von Ressourcenflüssen und zu treffenden Entscheidungen ausgeht. Ob richtig gerechnet wurde, kann dabei genauso Teil der Beunruhigung sein (siehe auch hierzu 3.4.3), wie die Frage, ob den errechneten Ansprüchen entsprochen werden konnte, ob Ressourcen sinnvoll allokiert, Verträge eingehalten und in Entscheidungen festgehaltene Projektionen eingelöst wurden.

Insbesondere Prozesse des *Zurechnens* infolge organisierten Rechnens erscheinen kritisch, denn »die Verquickung von Rechen- und Organisationsmöglichkeiten beruht auf der Möglichkeit, den Zusammenhang von Zahlen, Konten und Bilanzen im Rahmen von Mitgliedschaftserwartungen zu regeln, also Rechenerwartungen zu institutionalisieren, die mit der Mitgliedschaft in Organisationen zugemutet werden können« und »[…] die sich durch ihre Änderbarkeit auszeichnen.« (ebd.: 452) Kontingenz und Unsicherheit über die Frage von Ressourcenzuflüssen und zu treffenden Entscheidungen können (und werden) stets über die Anpassung der numerischen Änderungserwartungen an Adressaten (Mitglieder, Abteilungen, Sparten etc.) eingehegt und zugleich immer wieder auf ein Neues produziert. Denn organisiertes Rechnen – insbesondere in der häufig darauf zugreifenden Praxis des Managements – steht in einem systemtheoretischen Verständnis für fortwährende Möglichkeiten, *Störungen* (und nicht: Steuerungen) in der Organisation zu erzeugen, die »wie eine Art Immunsystem innerhalb des sozialen Systems« (Baecker 2014: 89) wirken. Die Organisation bleibt, weil sie sich kontinuierlich mit ihrer eigenen Kontingenz (den Geschäftsszenarien, Erlösprognosen, Personalschätzungen etc.) rechnerisch beschäftigt, wachsam für Differenzen in der Umwelt und sich selbst. Aspirationalisierung trägt damit als Virtualität den Gedanken in sich, dass »jede Beobachtung wohl gesetzt sein [sollte], um den Konflikt vermeiden zu können, den sie provozieren muss.« (ebd.: 85)

Welchen Zugriff, ja welche Macht, das Management innerhalb der Organisation entfalten kann, hängt also ganz entscheidend von organisierten Rechenpraktiken

sowie der Frage ab, wie Prozesse der Aspirationalisierung und deren »Beunruhigungspotential« (Vollmer 2004: 460) sich zu Praktiken verhalten, die Arbeits- und Herstellungsabläufen in Organisationen dienen. Auch für Fragen der Ökonomisierung ist das »Einleben« in organisierte Rechenwelten von großem Interesse. Es richtet den Blick auf die Logik der Praxis in Organisationen und fordert dazu auf, sich mit habitualisierten, körperbezogenen Aspekten der rechnerischen Beunruhigung und anhängiger Ökonomisierung zu beschäftigen. Diese Perspektive wird in systemtheoretischen Arbeiten konsequent vernachlässigt bzw. erhält nur Bedeutung insoweit *kommunizierte* Sinngehalte dies thematisieren.

Allerdings bietet der Begriff der Aspirationalisierung organisations- und praxistheoretische Anknüpfungspunkte und soll deshalb als Brückenschlag zum Bourdieu'schen Habituskonzept sowie den folgenden akteur-netzwerktheoretischen Arbeiten von Bruno Latour herangezogen werden (vgl. Braun 2016 für eine Diskussion der Achse Latour/Luhmann sowie Vogd 2016b zur »Spiegelbildlichkeit« der beiden Forschungsprogramme). Latour hat in seinem Werk »Existenzweisen« (2014) einen Vorschlag unterbreitet, wie Ökonomisierung als sozio-technischer Verbund aus organisationalen Akten der Rahmung, Elementen der Bindung an leidenschaftliche Interessen und Güter und einer buchhalterischen Moralität des Rechnens praxistheoretisch erschlossen werden kann. Diese Arbeit stellt die letzte theoretische Rahmung der Arbeit und wird im Folgenden erläutert.

3.4 Latours Existenzweisen und sein Beitrag zur Ökonomisierungsforschung

> »Historisch gesehen, kommen EPISTEMOLOGIE und Ökonomie gemeinsam zur Welt und haben nicht aufgehört, sich aufeinander zu stützen; zusammen müssen sie lernen, sich von der Bühne zu verabschieden.« (Latour 2014: 594)

Latour steht mit seiner Monographie »Existenzweisen. Eine Anthropologie der Modernen« in der Tradition der maßgeblich von ihm (gemeinsam mit John Law, Madeleine Akrich und Michel Callon) vorangetriebenen, soziologischen Akteur-Netzwerk-Theorie (ANT) (vgl. Belliger/Krieger 2006; Latour 2007) sowie den damit verbundenen »Laboratoriumsstudien« der Science and Technology Studies (STS) (vgl. Latour/Woolgar 1979; Latour 1988). Gleichzeitig entwickelt er diese Forschungsansätze in differenztheoretischer Weise fort und bringt sie mit seinen Untersuchungen zum westlichen Modernismus, die er in seinem provokativen Buch »Wir sind nie modern gewesen« (vgl. Latour 2008) ausführlich dargelegt hat,

systematisch, wenn auch eigentümlich, zusammen. Zunächst wird in aller Kürze die ANT sowie deren Bezug zu den SNT vorgestellt, um zu einem Verständnis darüber zu gelangen, welches Ziel Latour hiervon ausgehend mit seinem Buch der Existenzweisen verfolgt.

3.4.1 Differenztheoretische Wende: Von der Akteur-Netzwerk-Theorie zur relational-ontologischen Anthropologie moderner Existenzweisen

Die ANT ist eine aus den STS hervorgegangene Sozialtheorie, die das soziale Geschehen in Akteur-Netzwerkbeziehungen verortet. Was sie besonders auszeichnet und bekannt gemacht hat, ist der Vorstoß, sich an einer »Entgrenzung des Sozialen« (Kneer/Schroer/Schüttpelz 2008: 4) zu versuchen. Die *Entgrenzung* erfolgt in zweierlei Hinsicht. Sie betrifft erstens die Definition dessen, was als soziale Handlung überhaupt gelten soll und zweitens, wem daraufhin der Status »Akteur*in« zugesprochen wird. Akteurs- und Handlungsbegriff werden von der ANT sehr weit gefasst bzw. im Voraus theoretisch nicht festgelegt. Fern jeder Essentialisierung und Ontologisierung von Begriffen und Konzepten (z.B. der Gesellschaft, der Wirtschaft, des Sozialen) wird es der Empirie überlassen zu beantworten, was Gesellschaft ist, wer oder was jeweils handelt und welche Kompetenzen dabei zum Tragen kommen.

Die Entgrenzung bezieht sich vor allem auf die in westlichen Gesellschaften prominente Denkgewohnheit, Natur und Kultur bzw. Gesellschaft als getrennte Bereiche aufzufassen (vgl. Latour 2008). Im Versuch, den rationalistischen Dualismus von Geist und Materie (siehe Gill 2008: 47-75 für eine kritische Diskussion; vgl. auch weiter oben 2.2.2) zu überwinden, werden insbesondere technische Objekte, aber auch die Pflanzen- und Tierwelt (vgl. Latour 2001) mit *agency* ausgestattet und in ihrer *Symmetrie* zu menschlichen Akteur*innen als signifikante Bestandteile der Gesellschaft bzw. des Sozialen beschrieben.[24] Inspiriert durch eine »Semiotik der Dinge« (Kneer 2008) der STS, betrachtet die ANT Gesellschaft als

---

24 Michel Callon (2006: 135ff.) hat die ANT auf eine Heuristik verpflichtet, mit der Übersetzungsprozesse in Akteur-Netzwerken untersucht werden können. Demnach enthalten Übersetzungsprozesse vier Phasen: sie beginnen mit der Problematisierung (I), in der ein Akteur sich unentbehrlich macht, indem er ein Problem derart rahmt, dass es für andere Akteure unter gewissen Bedingungen (dem Durchschreiten eines vom Akteur gesetzten »obligatorischen Passagepunkt«) als relevantes Problem erscheint. Darauf folgt die Phase des »Interessement« (II), in dem der Akteur die anderen Akteure auf von ihm definierten Rollen zu verpflichten sucht. Dann das »Enrolment« (III), das ein »Set von Strategien« beschreibt, die der Akteur anwendet, um die Rollen der anderen Akteure aufeinander zu beziehen. Schließlich die eigentliche Mobilisierung (IV), in der ein »Set von Methoden« zur Anwendung gelangt, die es erlauben, legitime Delegierte zu ernennen, die im Namen der repräsentierten Gruppen sprechen.

ein Laboratorium, in dem menschliche und nicht-menschliche Entitäten in einer langen Reihe von *Übersetzungen* und unter Rückgriff auf zahlreiche *Mediatoren* Zeichenketten bilden, die eine relativ stabile *Referenz* erzeugen. Das wissenschaftliche Erkennen und Erklären der Welt wird aufgelöst in Ding-Zeichen-Relationen, die – laut STS bzw. ANT – letztlich all die vermeintlich festen Dinge der Welt schenken, deren Konstruktionsprozess so schnell aus dem Blick gerät, wenn nur das Endprodukt betrachtet wird. Mit dem prozessualen Blick auf die Ketten, die sich zwischen menschlichen und nicht-menschlichen Dingen spannen, wird offenbar, dass wissenschaftliche Wahrheiten, natürliche Gegenstände, technologische Objekte und soziale Zuschreibungen gleichermaßen Ausdruck referenzieller Akte von Akteur-Netzwerken sind.

Am Beispiel der Fabrikation[25] des Milchsäurebakteriums zeigt Latour (1993: 13-152; ders. 2006: 103-134), dass es nicht allein der Verdienst des isoliert in seinem Labor forschender Menschen Louis Pasteur ist, die französische Gesellschaft »pasteurisiert« zu haben, sondern »starke Mikroben«, Hygieniker, Veterinärmediziner, Laborinstrumente (sog. »Inskriptionsinstrumente«, die die Lesbarkeit der Zeichen materieller Dinge erhöhen, vgl. auch weiter oben 2.2.3), Stadtplaner und die *interessierte* scienfitic community um Pasteurs ebenso maßgeblich daran beteiligt waren, eine wissenschaftliche Referenz über das Bakterium zu erzeugen. Gemeinsam formen sie einen »Aktanten«, worunter Akrich/Latour (2006: 399f.) folgendes verstehen: »Aktant (actant): Was immer agiert oder Handlungen verlagert, wobei Handlung selbst definiert wird als eine Reihe von Performanzen gegenüber Herausforderungen oder Prüfungen«.

Zum Ausdruck kommt hier der methodische »Relationalismus« (vgl. Latour 1993: 158-175) der ANT, der den Realitätsgehalt der Dinge an Versuche (»trials«)

25 Latour will sich nicht (wie in den sog. »science wars« von der anderen Seite vorgehalten, vgl. ders. 2000) als Ketzer, sondern als Verehrer und Liebhaber der Wissenschaften verstanden wissen. Deshalb sucht er wissenschaftliche Erkenntnisse nicht als rein menschengemachte Fabrikate sozialkonstruktivistisch zu entlarven, noch hängt er umgekehrt einem naiven Realismus (der sog. Korrespondenztheorie) an, der wissenschaftliche »Entdeckungen« dann als wahr beschreibt, wenn die subjektiven Aussagen mit den Tatsachen einer davon unabhängig existierenden, objektiven Welt übereinstimmen. Vielmehr vertritt Latour (ebd.: 169ff.) mit Rekurs auf die Philosophie von Alfred N. Whitehead ein Propositionen-Modell, das an den Begriff des Aktanten anschließt. Am Beispiel von Pasteur und dem Milchsäurebakterium drängt sich dann eine symmetrische Beschreibung auf, wonach im Laufe der Forschungspraxis »ein gegenseitiger Austausch und eine Erweiterung der Eigenschaften Pasteurs und des Ferments« stattgefunden haben: »Pasteur verhilft dem Ferment dazu, seine Standfestigkeit zu beweisen, und das Ferment verhilft Pasteur zu einer seiner vielen Medaillen« (ebd.: 150). Beide, Pasteur und das Bakterium (sowie weitere Handlungspotenziale), agieren im Akteur-Netzwerk als Propositionen (Aktanten) und sind gleichberechtigt an der Artikulation von Differenzen beteiligt, die sich im Prozess ihrer Verkettung zu einer wissenschaftlichen Referenz stabilisieren und »Gesellschaft« als Technik-Ensemble in Gänze transformieren.

knüpft, in der Welt Bestand zu haben. Menschliche wie nicht-menschliche Entitäten gelten demnach nicht als isolierte Einheiten, noch lassen sie sich auf etwas Externes reduzieren (»Irreduktionismus«, vgl. ebd.), sondern existieren als Immanenzen stets nur *relational* und insofern sie es vermögen, ihre Handlungspotenziale gemeinsam zu mobilisieren und hierdurch *performative Wirkungen* in der Welt zu erzielen. Je intensiver die Verbindungen und Assoziationen zwischen den Dingen, je zahlreicher die heterogenen Elemente, die ein Akteur-Netzwerk konstituieren, desto widerständiger und dadurch *realer* werden sie (vgl. ebd.: 159). Gesellschaft wird hierdurch als Einheit obsolet, zerfällt vielmehr in eine Vielzahl von *Kollektive*, die sich durch eine verteilte Handlungsmacht und hybride Natur-Kultur-Verhältnisse bzw. Quasi-Subjekte und Quasi-Objekte in Akteur-Netzwerken auszeichnen. Die ANT versucht so nah wie möglich an der Praxis des Verknüpfens und Übersetzens zu bleiben, indem es die Regel »Folge den Akteuren!« (»follow the actors!«) beherzigt und damit versucht das soziale »flach zu halten« (Latour 2007), es analog zu Bourdieu nicht intellektualistisch zu überhöhen, sondern das *doing*, die konkreten Vollzugspraktiken, zu beschreiben.

Über diese deskriptive Beschreibung von Akteur-Netzwerkbeziehungen hinausgehend bleibt jedoch die Frage (neben anderen, vgl. Gertenbach/Laux 2019: 139ff.; Kneer 2008: 261-305) unbeantwortet, weshalb sich spezifische Assoziationsformen so und nicht anders ausbilden. Es stellt sich die Frage einer »angewandten oder empirischen Metaphysik«, die Latour für die ANT reklamiert und wie folgt charakterisiert:

> »Wenn wir *Metaphysik* eine Disziplin nennen, die von der philosophischen Tradition inspiriert ist und die Grundstruktur der Welt definieren will, dann ist die *angewandte* oder *empirische Metaphysik* das, wozu die Kontroversen über die Entitäten führen, die uns zum Handeln bringen, denn diese Kontroversen bevölkern die Welt ständig mit neuen Kräften und bestreiten ebenso ständig die Existenz von anderen.« (Latour 2007: 89)

Akteur*innen fungieren nicht nur als Teil eines Netzwerkes, sondern vertreten (teils vehement) Glaubenssätze und Weltanschauungen, sind reflexive Wesen, die über ganz eigene Wertbeziehungen und Ontologien verfügen (Latour 2007: 91; Jansen/Vogd 2014) und darüber mit anderen in *Kontroversen* geraten. Latour (2014: 39) geht es in den Existenzweisen folglich darum, »mittels einer Reihe von Kontrasten die Werte, die man verteidigen will, zu unterscheiden von den Berichten oder Darstellungen, die von ihnen im Laufe der Geschichte gegeben wurden«. Er will die aus der Praxis erwachsenen »philosophischen Innovationen gewöhnlicher Akteure« rehabilitieren und zum Ausgangspunkt seiner Untersuchung machen. Die Soziologie soll damit von ihrem engen Korsett theoretisch vordefinierter Sinn- und Handlungskonzeptionen befreit und für die »sehr unterschiedlichen Existenzformen« (Latour 2007: 91) in der Welt sensibilisiert werden. Angemessen von den Dingen zu

sprechen, die der menschlichen Praxis erwachsen sind und sie demzufolge wirklich angehen, bedeutet für Latour, der Frage nachzugehen, »wie man sich«, neben der Wissenschaft, »*anderer* Typen von Realitäten dank *anderer* Netzwerke als dem der Referenz annehmen könnte. Dann könnte man wirklich von Modi der ›Existenz‹ sprechen und sich endlich in ihren Sprachen an diejenigen wenden, denen diese Werte wichtig sind, ohne die Realität dessen, wovon sie sprechen, auszuklammern« (Latour 2014: 220f., Hervorhebungen im Original).

Hierzu vollzieht er in den Existenzweisen eine »differenzierungstheoretische Wende« (Laux 2016; Gertenbach/Laux 2019: 153-159) und stellt den Akteur-Netzwerken eine Reflexionstheorie ontologischer Differenz zur Seite. Nach dem Vorbild der Fabrikation wissenschaftlicher Tatsachen spürt Latour hier also sowohl den durch Netzwerkprozesse hervorgebrachten Realitäten[26] nach, als auch den gesellschaftlichen Werten, die in diesen Netzwerken stabilisiert werden. Diese firmieren in für den westlichen Modernismus spezifische Existenzweisen, die Latour auch Wissensgebiete oder Domänen nennt, worunter Recht, Religion und Politik (als »Quasi-Subjekte«) sowie Technik, Fiktion und Referenz (als »Quasi-Objekte«) fallen. Den Existenzweisen kommt eine präpositionale Funktion als »Sinn-Spender«[27] (Latour 2014: 260) zu. Die »Basiseinheit der Untersuchung sind [...] durch Präpositionen gerichtete Vernetzungsvorgänge [NET], die über spezifische Trajektorien, Erfolgsbedingungen, Wesen und Alterierungen verfügen« (Gertenbach/Laux 2019: 180). Der die Existenzweisen zum Ausdruck bringende Existenzmodus der Präposition [PRÄ] liefert einen Interpretationsschlüssel, der den situativen, netzwerkartigen Verknüpfungsprozessen ein differenziertes Werte-Profil verleiht. Das macht die Existenzweisen zu dem, was andernorts unter funktionaler Differenzierung in autonome Funktionssysteme (Luhmann) oder symbolisch-habitualisierten Ordnungen in sozialen Feldern (Bourdieu, vgl. oben 3.2) firmiert, geht zugleich aber darüber hinaus, denn mittels der Analyse netzwerkhafter Verknüpfungen lässt sich besser rekonstruieren, wie die differenzierten Wert-Profile in realiter aufeinander bezogen bzw. verknüpft werden.

Auch für die Ökonomie unternimmt Latour eine solche Untersuchung, kommt dabei aber nicht umhin einer monolithischen Konzeption von Ökonomie zu widersprechen und gleich drei Existenzmodi zu identifizieren, die ihm zufolge die moderne Wirtschaft ausmachen. Diese Modi nennt er Organisation [ORG], Bindung [BIN] und Moralität [MOR]. Doch bevor jene vorgestellt werden können, ist zuvor etwas ausführlicher auf das für Latour so entscheidende Problem des Zusammenhangs von Tatsachen und Werten bzw. Erfahrung und Institution (vgl. Gertenbach/Laux 2019) einzugehen.

26 Getreu der metaphysischen Konzeption von A. N. Whitehead und William James, der Latour hier folgt, ist nicht von einem Universum, sondern von Multiversen auszugehen.

27 Die englische Übersetzung spricht hier treffender von »providers of direction«.

3.4.2 »Doppelklick« oder: Der epistemische Kurzschluss des westlichen Rationalismus

Wissenschaftliche Erkenntnis – dies ist die zentrale Einsicht der STS und zugleich der Einstieg in das Projekt der Existenzweisen (vgl. Latour 2014: 27) – beruht auf zirkulären Referenzen, abgekürzt [REF], in denen Weltverhältnisse in Ding-Zeichen-Relationen übersetzt werden. Um Latour an anderer Stelle mit einem eingängigen Vergleich nochmal zu zitieren: »*Die Referenz ist eine Eigenschaft der Kette in ihrer Gesamtheit* […]. Die Wahrheit *zirkuliert* in ihr wie die Elektrizität entlang eines Drahtes, und zwar so lange, wie er nicht zerschnitten wird.« (Latour 2000: 85; Hervorhebungen im Original) Der Wissenschaft als [REF] ist es dabei – im Gegensatz zu anderen Existenmodi – jederzeit möglich, das theoretische Modell vermittels der hierfür angewandten methodologischen Prozesse Schritt für Schritt nachzuvollziehen und so in seiner Genese zu betrachten und notfalls dort, wo der Draht zerschnitten ist oder zu zerschneiden droht, anzupassen.[28] Insofern das generierte Modell bzw. die wissenschaftliche Theorie praktikabel ist – es sich im *Alltag* also ergeben hat, sie für die Wirklichkeit zu halten – besteht die Gefahr jenes *epistemischen Kurzschlusses*, den Latour in Anlehnung an die Mensch-Computer-Schnittstelle »Doppelklick«, abgekürzt [DK], getauft hat. [DK] steht als eigene Existenzweise demnach für das, »was geschieht, wenn die Gewohnheit die Diskontinuitäten so gut ausgerichtet hat, daß alles sich so abspielt, als ob man Fortbewegungen ohne Deformation, als ob man simplen Verlagerungen beiwohnte.« (ebd.: 386, Hervorhebungen im Original).

[DK] steht für die *Fiktionalität* des Existenzmodus der Gewohnheit[29], abgekürzt [GEW], einer wie geschmiert funktionierenden, normierten und normalen Welt, die stets dieselbe ist und auch bleibt: »Unser Herz schlägt regelmäßig; der Haushaltsmüll wird von der Müllentsorgung abgeholt; wir folgen dem Weg, ohne darüber nachzudenken; wenn wir auf den Schalter drücken, leuchtet die Lampe auf;

---

28 Vgl. exemplarisch Latour/Woolgar (1979); Latour (1988, 2000); zum Problem der einseitigen Fokussierung Latours zirkulierender Referenz auf Ding-Zeichen-Relationen, seiner »Semiotik der Dinge« bzw. den fehlenden Zeichen-Zeichen-Relationen, siehe Kneer (2008).

29 Latour definiert die Existenzweise der Gewohnheit als diejenige, die »alle übrigen Modi umhüllt – einschließlich ihres eigenen« (Latour 2014: 376). Sie verhält sich wie eine Essenz, etwas Stabiles, Kontinuierliches, Bleibendes, das »die Welt, in der Tat, bewohnbar« und damit erst »erträglich« macht (ebd.: 377). Und ist es zugleich nicht, denn »paradoxerweise gibt es keine Trägheit in der Gewohnheit – außer wenn sie in ihr Gegenteil umkippt, in Automatismus oder Routine.« (ebd.: 378) Damit ist dieser Existenzmodus, wie Latour ausführt, eine Art »Spezialeffekt« im Sinne eines Animationsfilms, der die einzelnen Bilder zu einer einzigen Bewegung und »kontinuierlichen Folge« (ebd.: 374) zusammensetzt und die vielen Unterbrechungen und Differenzen, welche das »Sein-als-Anderes« erkundet, umhüllt. Sie ist ein Immanenzeffekt der »Mini-Transzendenz«, der ständig in der Erfahrung einer Fortbewegung auftritt und glauben macht, man hätte es mit stabilen Wesenheiten zu tun.

das Gespräch läuft von selbst, und wenn wir das Icon eines Programms anklicken, startet es.« (Ebd.) Der mit einer Computermaus durchgeführte Doppelklick löst eine Rechenprozedur aus, die wir als Nutzer nicht verstehen und verdeckt diese damit. [DK] beruht somit auf »black-boxing«, welches Latour (1987) mit Bezug auf die Kybernetik als Prozess bezeichnet, durch den ein Ding (z.B. ein Computer), das als zu komplex erscheint, auf Input und Outpout-Verhältnisse reduziert wird und der »throughput«, also die internen Vorgänge und Verarbeitungsschritte, ausgeblendet und in diesem Sinne als schwarzer, undurchsichtiger Karton, als *black box*, behandelt werden. Das Ergebnis ist ein *epistemischer Kurzschluss*, denn er lässt die verstörende Komplexität des Verhältnisses von Zeichen und Welt, die Praxis des Rechnens und Herstellens verschwinden. Er suggeriert im Sinne der oben bereits angeführten Korrespondenztheorie (siehe 2.2.3), dass die Dinge klar sind, dass also die Zeichen der wissenschaftlichen Referenz der Wirklichkeit *unverzerrt* entsprechen und nicht mehr auf die Prozesse und Praktiken geschaut werden muss, welche die Zeichen erst konstituieren.

Analog zum Doppelklick, läuft die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Realität Gefahr, die Zeichen nun anstelle der Netzwerke ihrer Genese für »wahr« zu halten. Sobald dies geschieht, bewegt sich der Diskurs in Richtung eines *Fundamentalismus*, der die wissenschaftlichen Repräsentationen und Repräsentanten der Wirklichkeit mit der Tiefe der Realität, die dann eben auch die Zeichen hervorbringt, verwechselt. Es kommt in Folge dessen zu einer historisch gewachsenen »Hegemonie« einer modernistischen Erkenntnisweise, welche vorgibt, einen privilegierten und unverfälschten Zugang zu den Gesetzmäßigkeiten der »ersten Natur« im Sinne einer physikalischen Welt zu haben, um so die »universalen Gesetze der Bewegung aller Dinge zu diktieren« (Latour 2014: 520). Im Cartesianismus (vgl. weiter oben 2.2.2) macht Latour eben jene hegemonial gewordene Erkenntnisweise aus, der er einen »Idealismus der Materie« (vgl. ebd.: 156ff.) attestiert und sich fragt:

> »Wie kann man diese Sintflut stoppen, die alles Existierende unter den Wassern der Materie ertränkt – des *Gedankens* der Materie? Die Schwierigkeit hört auf, die Wasser beginnen abzufließen, sobald man gewahr wird, daß diese RES RATIOCINANS in keinem Fall *aus* oder *im* Raum besteht. Den Eindruck, »überall« zu sein, vermittelt sie nämlich deshalb, weil sie sich buchstäblich *nirgendwo* befindet, denn für ihre Fortbewegungen bezahlt sie nicht durch den Aufbau irgendeines Netzwerks. Wenn sie in der Lage ist, alles zu überfluten (in Gedanken), so weil sie nie für die Kosten ihrer Ausdehnung aufkommt, weil sie alle Lücken verwischt, alle Pässe übergeht und sich verhält, als gäbe es nur Verlagerungen von undeformierbaren Notwendigkeiten, von Ursache-Wirkungs-Verkettungen, aus denen der kleinste Sprung, die kleinste Unterbrechung von Kontinuität, der

> Hiatus zwischen Ursache und Wirkung verschwunden wäre.« (Ebd.: 184, Hervorhebungen im Original)

Der Idealismus des Rationalismus – die res ratiocinans – entspringt dem dort vertretenen Dualismus von Geist (res cogitans) und Materie (res extensa), den Latour für eine »schlecht konzipierte Institution« (ebd.: 186) hält. Das Problem für Latour liegt nicht nur in der dualistischen Trennung, sondern vor allem in einer verkürzten Vorstellung von Materie als einer reinen, universellen Kraft begründet. Die Haltung, sich allen existierenden (darunter auch physikalischen) Dingen rein logisch in Form von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen und ohne Bezug zur Auseinandersetzung der Materie selbst mit den komplexen, zeitaufwändigen und netzwerkförmigen Arbeitsprozessen der räumlichen Ausdehnung zu nähern, ist aus Latours Sicht der Kardinalfehler rationalistischer Philosophien. Ihnen setzt er die Methoden der Ethnographie sowie einen an Gilles Deleuze und William James sowie anderen Vertreter*innen der pragmatischen Philosophie entlehnten *radikalen Empirismus* entgegen. Diesem ist an einer Rehabilitierung des Begriffs der *Erfahrung* für den Zugang zu einem Wissen über und vor allem *in* der Welt gelegen (vgl. ebd.: 227ff.). Als Alternative zum cartesianischen Dualismus und anderen darauf gründenden Dualismen der Moderne (Natur/Kultur, Materiell/Symbolisch, Mikro/Makro, Quantitativ/Qualitativ) schlägt Latour, wie bereits erwähnt, daraufhin einen ontologischen Pluralismus vor, den er als »Sein-als-anderes« bezeichnet. Er setzt hier unter Zuhilfenahme des Begriffs der Instauration[30] auf die Möglichkeit,

> »Wesen, zu begegnen, die in der Lage sind, einen zu beunruhigen. WESEN mit noch offenem ontologischen Status, die gleichwohl fähig sind, einen dazu zu bringen, etwas zu tun, fähig, zu verstören, insistieren, einen zu verpflichten, richtig von ihnen zu sprechen bei Gelegenheit […]. Wesen, die […] ›für etwas einstehen können‹« (ebd.: 238).

Er geht hier von der *Erfahrung der Differenz der Dinge* aus und betont damit den »transformativen Charakter der Welt« (Gertenbach/Laux 2019: 181), den Doppelklick stets auszublenden sucht. Die alterierenden Dinge werden einerseits mit Autonomie ausgestattet, sie verfügen über das oben bereits angeführte Handlungspotenzial, einen appellativen Charakter, genauer noch über die Fähigkeit, »einen zu beunruhigen«. Andererseits müssen sie aber – da sie nicht über eine stabile Existenz im Sinne einer Substanz verfügen – ihr Glück in der *Subsistenz* »auf eigenes

---

30 Der von Étienne Souriau entlehnte Begriff, auf dessen Buch »Die verschiedenen Modi der Existenz« (2015 [1943]) auch der Titel von Latours Buch anspielt, soll denjenigender Konstruktion ersetzen, der nach Latours Einschätzung die schwierige Balance zwischen erkennenden Subjekt und erkanntem Objekt im Erkenntnisprozess nicht adäquat erfassen kann (vgl. ebd.: 233ff.).

Risiko und eigene Gefahr« suchen, für ihre Kontinuität »›bezahlen‹ durch Diskontinuitäten« (Latour 2014: 239). Latour denkt sich die Überlebenskämpfe der Dinge ganz im Stil der Laboratoriumsstudien als experimentelle Versuche, in denen die Dinge nach Halt suchen, dadurch, dass sie eine Kluft – einen *Hiatus* – überspringen, indem sie sich *verändern*, also nicht in sich selbst ruhen, sondern über sich hinausgehen und durch Verbindung mit anderen Dingen neue *Differenzen* erzeugen und hierdurch ihre Existenz (Latour spricht von »Subsistenz«) verlängern. Dieser sich wandelnden Existenz der Dinge wird ein »Sein-als-Sein« entgegengestellt, das statisch ist und auf einer »Philosophie der Identität und der Wesenheit« (Latour 2014: 574) beruht. Diese schwierige Passage – sowohl existenziell als auch forschungsprogrammatisch – macht den Kern der Untersuchung aus und soll

> »die zentrale Hypothese dieser Untersuchung erhellen: Vom Sein-als-sein kann man nur einen einzigen Seinstyp ableiten, von dem man auf mehrere Arten *sprechen kann*; während wir versuchen werden, zu definieren, auf wie viele verschiedene Arten das Sein sich *ändern*, alterieren kann, durch wie viele *andere Formen von Andersheiten* es in der Lage ist, sich hindurchzuschlängeln, um fortzufahren zu existieren […], wie viele verschiedene Arten das Sein hat, *durch* anderes *hindurchzugehen, zu passieren*« (ebd.: 240, Hervorhebungen im Original).

Latour wendet sich hier auch gegen den *linguistic turn*[31] der Sprachphilosophie, der auf einer verkürzten Idee der Praxis beruht, da Weltverhältnisse und damit auch alle nicht-menschlichen Dinge ausschließlich in Form sprachlicher Äußerungen erfasst werden (siehe 3.1).

31 Der Begriff bezieht sich auf sehr unterschiedliche philosophische Strömungen und ist daher nicht trennscharf. Latours Kritik scheint aber an der von Richard Rorty (1992 [1967]) popularisierten Verwendung des Begriffs anzuschließen, wonach der linguistic turn sich auf eine breite Bewegung in der Philosophie bezieht, die alle philosophischen Probleme als sprachliche Probleme auffasst. Sprache wird hier insbesondere als formales Zeichensystem verstanden und mit den Methoden des logischen Positivismus (allen voran bei Rudolf Carnap) untersucht und in Abgrenzung zu »ordinary-language philosophers« gesehen, die eher auf den alltäglichen, praktischen Gebrauch von Sprache abstellen. Hierunter fällt etwa J. L. Austins Sprechakttheorie (»Doing things with words«), denen auch Rorty, Latour, Butler und andere VertreterInnen pragmatistischer Philosophien nahestehen. Aber auch der späte Wittgenstein (in Abgrenzung zu seinem Frühwerk »Tractatus logicus-philosophicus«) wird für sein Hauptwerk »Philosophische Untersuchungen« und durch seine dort entwickelte Idee, dass Sprache in Form von Sprachspielen immer an eine alltägliche Praxis und Lebensform gebunden ist, von praxistheoretischer Seite (z.B. prominent bei Schatzki 1996, siehe auch weiter oben 3.1) her vereinnahmt. Luhmann (1998: 205-229) hat sich in seiner Kommunikationstheorie sozialer Systeme ebenfalls ausdrücklich dem lingustic turn zugeordnet, da Bewußtseins-/Körper- und andere nicht-sprachliche Elemente zugunsten einer Deontologisierung des Sozialen ausgeblendet werden (mit Ausnahme des Begriffs der Konstitution, den Luhmann in Anlehnug an Husserls Begriff der bewusstseinsimmanenten Transzenzendenz für das Problem des Verhältnisses von Sinn und Welt veranschlagt, nämlich für den Umstand, dass subjektiv Erlebtes immer auch über sich selbst – auf Welt – hinausweist, siehe Luhmann 1971: 26-39 bzw. das ganze Kapitel: 25-100). Laut Vogd (2016b: 8) hat Luhmanns Theorieentwurf das Soziale daher – im Gegensatz zum hier verhandelten Ansatz von Latour – nicht »von vornherein unter dem Blickwinkel hybrider Praxen konzeptualisiert«, sondern am reflexiven Sinnbegriff einer kommunikativ fundierten Systemrationalität angesetzt. Für diese ist die Differenz von System und Umwelt konstitutiv, wodurch sich »jener mysteriöse Beobachter, der als betriebliche Differenz seinslogisch keine Existenz hat« aufdrängt, womit die Einheit der Differenz von System und Umwelt reflexionslogisch nur als Differenz, als Negation gedacht werden kann und zu weiteren Theorieanpassungen zwingt, wie sie Jansen (2016) und Jansen/Vogd (2013) im Anschluss an Gotthard Günther vorgelegt haben.

3.4.3 [ORG], [BIN] und [MOR]: Die drei Existenzmodi der Ökonomisierung

> »Dieselben Berechnungen, dieselben Zahlen können zur Referenz und zur Organisation dienen, ohne deshalb aber von denselben Präpositionen losgeschickt worden zu sein. […] Die Weggabelung ist heikel, denn genau an diesem Punkt wird die unschuldige und unerläßliche Arbeit der *Ökonomisierung* in die *Ökonomie* umkippen, im Sinne einer Metaphysik der Inklusion und Exklusion, die im Namen der Vernunft entschieden wird […].« (Latour 2014: 554f., Hervorhebungen im Original)

Es ist im Folgenden mit Latour zu zeigen, was dies für die Ökonomie bzw. die Wirtschaftswissenschaften bedeuten kann. Zunächst suggeriert der Doppelklick, dass ein positivistisches Modell von Ökonomie, wie es Friedman entworfen hat (vgl. Kapitel 2 bzw. 2.1.2), als objektive Wirklichkeit genommen wird und nicht mehr als eine vom Menschen gesetzte theoretische Anschauung verstanden wird. Die positive Ökonomie ist nur deshalb »positiv«, weil sie als solche von Menschen gesetzt wurde, nicht aber dadurch, dass sie – wie proklamiert –, direkten Zugang zur »ökonomischen Materie« als der »zweiten Natur« des Menschen hätte. Gerade die Wirtschaftswissenschaften können nicht einmal ansatzweise die Referenzketten nachzeichnen, welche von den konkreten Tauschprozessen zum theoretischen Modell führen. Im Gegenteil, Studien unter dem Paradigma der ANT zeigen, was für ein technischer und rechtlicher Aufwand betrieben werden muss, um all die sozialen Bindungen und mikropolitischen Dynamiken zurückzudrängen, die den idealen Markt unter Normalbedingungen verunmöglichen (vgl. MacKenzie et al. 2007). Eine Wirtschaftswissenschaft, welche eben auf die Referenzketten zurückschließen würde, hätte dann vor allem die Wirtschaft als einen kommunikativen und performativ hergestellten Prozess ernst zu nehmen bzw. zu untersuchen.[32] Genau dies geschieht aber derzeit nicht. Im Gegenteil erscheint das (neoklassische) Marktmodell weiterhin zugleich als Gesetz wie auch – gleichsam in Form einer Theodizee (Vogl 2010) – als wünschenswerter wie auch nahezu natürlich erreichbarer Endzustand einer *entwickelten* Volkswirtschaft. Eine solchermaßen verstandene Wirtschaftswissenschaft verspielt, so die zentrale Kritik von Latour, nicht

---

32 Siehe zum Desiderat einer kommunikationstheoretischen Wendung wirtschaftswissenschaftlicher Diskurse auch Priddat (2014, 2015).

nur ihr Reflexionspotenzial, ihr entgehen darüber hinaus die Dynamiken, welche ökonomisches Handeln konstituieren wie auch legitimieren, sie führt damit zum gleichen fatalen *epistemischen Kurzschluss* bzw. [DK].

Um diesen Kurzschluss zu korrigieren, schlägt er der Wirtschaftswissenschaft die Rückkehr zu einer Reflexionsebene vor, die die Disziplin selbst wieder in die Lage versetzt, den eigenen Untersuchungsgegenstand ausgehend von den eingangs zitierten zwei Diskrepanzen neu zu entdecken. Durch die Befreiung von [DK] könnte die Ökonomik wieder zu den weniger reduktionistischen Konzepten ihrer Gründungsfiguren (wie Adam Smith) zurückkehren und die große Frage des Zusammenhangs von gesellschaftlichem Leben, Moral und dem Problem der Verteilung von knappen Gütern, von Zwecken und Mitteln, neu stellen. Um diesen komplexen Lagerungen näher zu kommen, schlägt Latour ein praxeologisches Verständnis des Ökonomischen als *Prozess der Ökonomisierung* vor, die durch das bereits erwähnte Amalgam aus den drei Existenzweisen Organisation [ORG], Bindung [BIN] und Moralität [MOR] zum Ausdruck kommt. In den Fokus der Analyse kommen zunächst die *organisationalen Skripte* und die ihnen eingewobenen Berechnungsvorrichtungen und Verteilungsschlüssel (die sog. »Wertmesser«), die einer besonderen Immanenz der Organisation entspringen; daraufhin die *leidenschaftlichen Interessen*, die den Modus der Bindungen [BIN] von Menschen und Gütern verkörpern, sowie drittens der Modus der Moralität [MOR], der die Erfahrung des Skrupels darüber reaktivieren möchte, ob und inwiefern die Berechnungen über das Optimum der Verteilung von Zwecken und Mitteln auch *anders* ausfallen können und sollen.

[ORG]: Die Organisation als performativer Akt der Rahmung

> »Wenn man von der Ökonomie spricht […] muß man sich riesigen Ensembles von Menschen und Gütern annähern, die Organisationen mit einer erstaunlichen Komplexität bilden und deren Einfluß den Planet mit seinen Netzwerken überzieht. […] Und sie macht sich auf und nähert sich ›juristischen Personen‹. Sie legt Hand ans Werk, und was sieht sie? Fast nichts Solides oder Dauerhaftes. Eine schwindelerregende Aufeinanderfolge, Anhäufung, Schichtung von sukzessiven Desorganisationen […].« (Latour 2014: 524ff., Hervorhebungen im Original)

Um zu erklären, was spezifisch am Modus der Organisation ist, was hierbei versammelt, modifiziert und dadurch ständig erweitert wird, fokussiert Latour den Begriff des Skripts und wendet ihn performativ. Skripte in Organisationen sind für ihn Erzählungen mit einer doppelten Bezogenheit für diejenigen Elemente, die von ihren Programmen berührt sind. Im Umgang mit ihnen ergibt sich die paradoxe Lage, fixiert und zugleich beweglich zu sein. Der »organisierende Akt« trägt demnach einer Konstellation Rechnung, die dem Prinzip des Role-Taking/Role-making (Mead) nahekommt und doch betont, dass es sich um je organisational erzeugte Diskontinuitäten handelt, die keiner stabilen (Rollen-)Struktur unterliegen, sondern neue, stets verstreute Elemente aufgreifen und andere fallen lassen oder sogar weiter desorganisieren. Latour sieht im organisierenden Akt den fortlaufenden Prozess einer performativen Rahmung, die durch Skripte und ihre Berechnungsvorrichtungen, die er »Wertmesser« nennt, vermittelt wird. *Ökonomisierung* bezeichnet daraufhin die »messende Masse« (ebd.: 553) der Recheninstrumente und Verteilungsschlüssel, deren »quali-quantitativen Daten« (ebd.) Ketten von Performativität erzeugen, die Latour in der doppelten Bedeutung der französischen Redewendung ›prendre des mesures‹ ausmacht: »Messungen vornehmen, Maßnahmen ergreifen« (ebd.). In diesem Komplex aus *Rechnen und Rechenschaft* »verschmelzen die Wertmesser Tatsachen und Werte – und glücklicherweise, denn darin besteht ihre Hauptfunktion: Sie verteilen, wer wem wieviel und über einen wie langen Zeitraum schuldet.« (Ebd.)

Konträr zur Vorstellung eines zu berechnenden Optimums quantitativer und amorpher ökonomischer Tatbestände, von denen die organisationalen Skripte bzw. »Wertmesser« des Managements (wie Bilanzen, Benchmarks, Balanced-Scorecards, Controlling-Kennziffern) aus konzipiert sind, erlauben die Berechnungsapparaturen und Skripte Raum und Zeit immer wieder neu zu verknüpfen und damit die Grenze der Organisation *performativ* zu *kontrollieren*. Hier liegt ihre »merkwürdige Funktion, gleichzeitig *das* zu verteilen, was zählt, und *die*, die zählen.« (ebd.: 550) In ihrer Gesamtheit bilden die Wertmesser daher keine Aggregate, keine oder nur sehr schwache Emergenzen, sondern stellen lediglich Wegmarken einer netzwerkförmigen Bewegung dar, die sich unablässig ändert. Flachheit auch hier: Marktordnung, autonome Wirtschaftssubjekte und gesellschaftliche Teilsysteme existieren jeweils »nur als *momentane Segmente* in der Trajektorie eines Skripts« (Latour 2014: 544, Hervorhebung im Original), das mit ihnen *rechnet*. Die Rechenskripte geben Halt durch die ständige Produktion von Diskontinuität, eine Differenz, die eine stabilisierte Masse ökonomischer Werte hervorbringt und hierüber eine vermeintliche Handlungssicherheit und *Rationalität* produziert. Dies Verhältnis entspringt jedoch nur einer Zirkulation der Skripte, die unablässig eine Anpassung der Dimensionierung notwendig macht. Die Größe und Wertigkeit eines Unternehmensportfolios oder einer geldpolitischen Krisenintervention ist also relativ zu den sie performierenden Akten der Rahmung organisationaler Skripte

zu verstehen, insofern sie vorgängige Skripte ver- oder entwirren und an fernere Skripte Anschluss finden. Was aber verbindet die Skripte untereinander, was stapelt sie? Und welche Phänomene werden unablässig in ihrer Dimensionierung variiert, dadurch übersetzt und neu versammelt? Es sind die leidenschaftlichen Interessen und Güter.

[BIN]: Die Bindung leidenschaftlicher Interessen und Güter

> »Und diese immense *Mobilisierung* der Dinge und Menschen, heißt es, habe keinen anderen Motor als die bloße *Übertragung unbestreitbarer Notwendigkeiten*. Alles ist hier heiß, gewaltsam, aktiv, rhythmisiert, widersprüchlich, schnell, unterbrochen, dröhnend – aber man beschreibt uns diese immensen überkochenden Kessel als die einzige, rationale, kohärente und kontinuierliche Manifestation des alleinigen Interessenkalküls.« (Latour 2014: 522f., Hervorhebungen im Original)

Was setzt nun die Zirkulation der Skripte in Gang? Für Latour ist es die Mobilisierung der leidenschaftlichen Interessen[33], die zwischen den Leidenschaften der Menschen und den Gütern bestehen und greift damit die ökonomische Anthropologie von Gabriel Tarde auf (siehe Latour/Lépinay 2010). Die zentrale Frage lautet für ihn: Wie überführt sich Heterogenes in Homogenes? Es geht ihm um die Bindungsarbeit, um die *vorgängigen* Übersetzungsprozesse, in dem die leidenschaftlichen Interessen als ungleiche, wenngleich gerichtete *Valenzen* bereits existieren und das Inventar für noch zu erfolgende Bindungen und Transaktionen darstellen. Das Problem von »Begehren und Mangel« macht es aus Sicht von Latour unmöglich, die unzähligen Leidenschaften, die er als »Grad der *Intensität* der Bindung« (Latour 2014: 585f., Hervorhebung im Original) versteht, und die heterogenen Interessen, die als Mittler die Mühsal der Verbindungsarbeit anzeigen, entgegen der ökonomistischen Theorie einfach vorauszusetzen. Was ökonomische Transaktionen in Gang setzt und das Fortexistieren von Quasi-Subjekten (Politik, Recht, Religion) und Quasi-Objekten (Technik, Fiktion, Referenz) durch Zusammenhalten sichert, definiert sich nicht durch individuelle Nutzenkalküle, sondern durch das, was es

33 Im Französischen »inter-esse«: dazwischen-sein, als Mittler, in der Mitte.

zu überwinden, sprich *in Kauf zu nehmen* gilt, um eine äquivalente Transaktion homogener Güter überhaupt erst zu realisieren. Nicht der Zweck heiligt die Mittel, sondern die heiligen Mittel bezwecken die Verbindung und Vervielfältigung von Gütern und Übeln: »Wie viele Leidenschaften in diesen Begehrlichkeiten, in diesen Verlangen, in diesen Obsessionen« (ebd.: 575), zu denen die Dinge ver*leiten*.[34]

Ähnlich wie bei der generalisierten Nutzentheorie eines Gary Becker[35] ist hier zwar auch alles Sache der Berechnung, aber vielmehr gilt es die dort verortete »läßliche Sünde von Doppelklick« (Latour 2014: 579) zu vermeiden, nämlich »Transporte ohne Transformationen« (Latour 2014: 590) anzunehmen, also zu glauben, es handle sich bei marktwirtschaftlichen Transaktionen nur um den monetären Austausch homogener Güter zwischen rational agierenden Wirtschaftssubjekten (Äquivalenzverhältnis: Geld gegen Gut). Die besonderen Merkmale des Existenzmodus der Bindungen [BIN] liegt daher im Dreiklang von Mobilisierung-Interesse-Bewertung begründet, in der Berechnung der Leidenschaften. Seine besondere Differenz besteht in der »Inkommensurabilität der Güter und der Mittel, sie sich anzueignen, die Heterogenität der Bindungen und das plötzliche Auftauchen des Werts« (Latour 2014: 586). Den analytischen Schlüssel zum Verständnis des Existenzmodus sieht Latour in der Untersuchung von Prozessen der *Inwertsetzung*, die dann gleichzeitig ein Momentum bzw. eine Kraft hervorbringen, die beobachteten leidenschaftlichen Interessen zu binden, zu kanalisieren und zu verstärken und Güter und Menschen zu verknüpfen. Diese Kräfte werden im weiteren Verlauf von skriptbasierten Berechnungen formatiert und können dann als stabilisierte »Wertschätzungen« in Form organisationaler Skripte zirkulieren. Dieser komplexe Prozess wird dann von der im Modus des [DK] verfahrenden Ökonomik als »substantielle Rationalität« (Tietzel 1981) verdinglicht.

34 Allgemeiner formuliert versteht Latour die Mittler als Elemente, die »die Vernunft selbst sind, das einzige Mittel, um im Sein fortzudauern« (Latour 2014: 231).

35 Vgl. einschlägig Gary Becker, der Jeremy Bentham sekundiert: »Die These, daß Leidenschaft nicht kalkuliert, ist […] nicht wahr. Ich würde noch nicht einmal sagen, daß ein Geistesschwacher nicht kalkuliert. Leidenschaft kalkuliert, mehr oder weniger, bei jedem Menschen« (Becker 1993: 7). Siehe auch oben, Kapitel 2.

[MOR]: Die Verheißung der Ökonomik als Berechnung des Optimums und die Wiederentdeckung des moralischen Skrupels

> »In der Ökonomie besteht die Frage darin, erklärt man ihr feierlich, seltene Güter zu teilen, knappe Materialien, Güter oder Nutzen zu verteilen oder, im Gegenteil, die größtmögliche Zahl profitieren zu lassen von einem wunderbaren Füllhorn, das man in dieser oder jene Ressource gefunden hat. […] Sie lenkt ihren Blick schon hin zu den lärmenden Versammlungen, wo man solche gemeinsamen Sachen heftig diskutieren wird. Aber was sagt man ihr? *Nichts* und *niemand* entscheidet: ›Es genügt zu rechnen.‹ […] Diese ganze riesige Maschine funktioniert augenscheinlich mit Autopilot. Dort wo alle Welt entscheiden muß, scheint *niemand* seine Hand im Spiel zu haben…« (ebd.: 523f., Hervorhebungen im Original)

Der dritte Modus der Moralität [MOR] ist zugleich der sperrigste und faszinierendste der drei ökonomischen Modi. Ausgehend von Marcel Mauss (1990) Studie »Die Gabe«, welche durch die Untersuchung der *moralischen* Reziprozität von Gütertransaktionen zum Meilenstein der ökonomischen Anthropologie wurde (siehe auch den prägenden Einfluss bei Bourdieu weiter oben in Kapitel 3.2), möchte Latour die in Vergessenheit geratene Leistung des Ökonomischen hervorheben: die Erfahrung des Skrupels, ob tatsächlich im moralischen Sinne *quitt* ist, wer mit seinem Gegenüber eine Transaktion durchgeführt hat. Einer *Erfahrung*, der letztlich vom Modernismus [DK] und in dessen Folge von der Ökonomik ein Ende bereitet wird, da sie behaupten, dass es sich um monetäre Ä*quivalente* handle, die am Markt getauscht würden und dass man ferner die *optimale* Verteilung der Zwecke und Mittel, die dem Transaktionskalkül unterliegen, mit Gewissheit berechnen könne, um sicher zu sein, dass man nichts mehr schulde, folglich quitt sei und die Geschäftsbeziehung für diese Transaktion als *beendet* erklärt werden könne.[36] Die spezielle Qualität der Moralität ist für Latour dabei das *grenzenlose Vortasten*, das immer

36 Vgl. Latour (2014: 605, Hervorhebung im Original) die französische Bedeutung des Wortes »Fin-anzen«.

wieder von Neuem erwogene Infragestellen, das sich dadurch als moralisch kennzeichnet, dass es durch seine eigene Verifikation oder Falsifikation eine weitere *moralische*, weil von einem wiederholten Skrupel genährte, Bewegung auslöst.

Die moderne Moral hört auf moralisch zu sein, wenn sie die Erfahrung des Skrupels darüber nicht mehr zulässt, ob richtig oder falsch gerechnet wurde, wenn sie neue Beweise ignoriert oder sich in moralische Prinzipien flüchtet. Und genau dies leistet eine dem epistemischen Kurzschluss [DK], einem »idealistischen Materialismus« aufsitzende Ökonomik. Denn sie nährt den Glauben daran, dass es sich bei ihrem Bezugsobjekt um eine starre, zeitlose ökonomische Materie handelt, die man exakt oder näherungsweise exakt berechnen könne. Durch die exakte Berechnung suggeriert die Ökonomik, dass es sich bei den Ergebnissen ihrer Modellrechnungen um *wertfreie* Tatsachen handelt, die die Erfahrung des Skrupels über ihre eigenen Berechnungsdispositive tilgt und sich damit als »Vorsehungsökonomie« (Latour 2014: 616) kennzeichnet. Dabei sei es die große Leistung der Ökonomie gewesen den Mut zu folgender Frage aufgebracht zu haben: »Wieso wißt ihr, daß es sich dabei um eine *optimale* Kombination handelt?« (Latour 2014: 613, Hervorhebung im Original). Ihr eigentlicher, ebenso einzigartiger wie paradoxer Auftrag lautet entsprechend: »*Das Optimum muß berechnet werden, während es unberechenbar ist*« (Latour 2014: 622f., Hervorhebung im Original). Sich dieser komplexen sozialen Prozessdynamik bewusst zu werden, würde heißen, sich einzugestehen, dass die Ökonomik keine Naturwissenschaft mit Zugang zu referentiellen Wahrheiten darstellt, sondern vielmehr als eine normativ-performative *Rechendisziplin* zu verstehen ist, die den Praktiker*innen des Ökonomischen *Werkzeuge* an die Hand gibt, wie sie Leidenschaften, Skripte und Skrupel, diese drei ›Rohstoffe‹ ökonomischen Handelns, in Form bringen und *handhabbar* (manageable) machen können. Dazu wird es notwendig, so Latours Pointe, auf »dem Gebiet der Ökonomie agnostisch« (Latour 2014: 632) zu werden, die Bindung von Epistemologie und Ökonomie also zu lösen.

3.5 Zwischenfazit: Metatheoretischer Rahmen

In diesem Kapitel wurde das Phänomen der Ökonomisierung aus praxis- und organisationstheoretischer Perspektive erschlossen und ein die empirischen Analysen sensibilisierender metatheoretischer Rahmen erarbeitet. In diesem Rahmen wird Ökonomisierung als *Verhältnis* von *Autonomie und Kalkulation* konzipiert und vorgeschlagen, den Gegenstand weder ausschließlich auf einer gesellschaftstheoretischen Ebene, noch mit Hilfe dualistischer Konzeptionen des Sozialen zu untersuchen. Es wurde argumentiert, Ökonomisierungsvorgänge auf der Ebene von Organisationen zu untersuchen und sich diesen praxistheoretisch mit Blick auf alltägliche, körperbezogene und implizite Wissens- und Praxisformen zu nähern. In-

struktiv für eine solche praxistheoretische Perspektive erscheint das Habituskonzept von Bourdieu und dessen Sozialtheorie einer Ökonomie der Praxis. Letztere hat durch eine Analyse des Austauschs von symbolischen Gütern das Weber'sche Programm einer kulturalistischen Deutung westlich-rationalistischer Ökonomien am Beispiel des Übergangs der vorkapitalistischen (kabylischen) in eine kapitalistische Ökonomie fortgeführt, dabei aber auf gänzlich andere theoretische und methodische Instrumente zurückgegriffen. Mit Hilfe des Habituskonzepts lassen sich die impliziten Dimensionen des von Kalkulationen beherrschten, kapitalistischen Wirtschaftsgebarens nachvollziehen und so ein relationales Verständnis von Ökonomisierungsvorgängen erlangen. Dieses erscheint dann nicht als alleinige Rechenübung rational agierender Wirtschaftsakteur*innen (den homini oeconomici), sondern ergibt sich aus dem Wechselverhältnis einverleibter objektiver Strukturen und einer *Logik der Praxis*, der eine gewisse Unberechenbarkeit eigen ist. Bourdieu versteht seine Sozialtheorie als *Ökonomie der Praxis*, womit eine *Dezentrierung* gegenüber gängigen neoklassischen Wirtschaftstheorien zum Ausdruck kommt. Nicht allein die effiziente Koordination von rational berechnenden Wirtschaftssubjekten durch Preissignale an einem Markt ist zentral für ein Verständnis von Wirtschaft. Vielmehr existiert diese »ökonomische Ökonomie« neben und in Auseinandersetzung mit anderen »symbolischen Ökonomien«. Bourdieu konzipiert Gesellschaft daher als in unterschiedliche autonome *Felder* ausdifferenzierte Spielarena, in der Akteur*innen um *soziale Positionen* und *legitime Werte* kämpfen, die sich aus verkörperten Dispositionen und Besitzverhältnissen unterschiedlicher Kapitalformen (ökonomisch, sozial, kulturell, symbolisch) ergeben. Der Wettkampf zehrt von der »illusio« der Spielenden, ihrem Glauben daran, dass es sich lohnt die Spielregeln zu achten, nicht zuletzt um von Kontrahent*innen als ebenbürtig anerkannt zu werden und hierüber symbolisches Kapital einzustreichen.

Die konflikttheoretische Note hat Bourdieu allerdings nicht dazu veranlasst, die Eigenlogik von Organisationen – ihre spezifische soziale Autonomie – für seine Ökonomie der Praxis aufzugreifen, obwohl für diese die Konfliktvermutung aufgrund der Entgegensetzung unterschiedlicher Interessen, die in Organisationen tagtäglich aufeinanderstoßen, besonders naheliegt. Daraufhin war es nötig geworden, die Arena sozialer Felder zu verlassen und einen Umweg zu gehen, über den das schwierige Verhältnis von Praxis- und Organisationstheorien bestimmt werden sollte. Im thematischen Verlauf von industriellen, über bürokratische hin zu organisatorischen Theorien von Organisationen wurde eine praxeologische Bestimmung von Organisationen in Grundzügen vorgestellt. Hierzu wurden in einem ersten Schritt mechanistische Theorien organisationaler Praxis, die Organigramme, formale Regeln, Hierarchien, Technologien, Input-Output-Verhältnisse schon für die organisationale Realität selbst halten, diskutiert. Postbürokratische Organisationstheorien (Mikropolitik von Crozier/Friedberg und Konfigurationsansatz bzw. Expertenbürokratie bei Mintzberg) waren dann insofern von Bedeutung für den

Fortgang der Argumentation, als dass hier zum ersten Mal die Praxis autonom bzw. professionell handelnder Organisationsmitglieder und Berufsgruppen organisationstheoretische Beachtung fand, welche unter tayloristischen Vorzeichen noch als opakes »Erfahrungswissen« die Negativfolie einer wissenschaftlichen Betriebsführung darstellte. Am Beispiel der Expertenbürokratie Krankenhaus wurde ein organisationssensibler Einblick dafür erlangt, dass neben einer formal-hierarchischen auch die Existenz einer professionellen Autorität eine wichtige Rolle für bürokratische Abläufe spielt. Während sich das für eine derartige Autorität relevante formale Wissen in der *Umwelt* der Organisation bildet, manifestiert es sich als *praktisches Wissen* der professionellen Gruppe innerhalb der Expertenbürokratie. Es spielt dort einen entscheidenden Faktor bei der Ausgestaltung bürokratischer Strukturen und Verfahrensabläufe, und muss – wie Mintzberg gezeigt hat – daraufhin neben einer fraglos weiterhin einflussreichen hierarchischen Leitungsebene angemessen organisationstheoretisch berücksichtigt werden.

Um die Komplexität und Eigensinnigkeit von Organisationen weiter zu verfolgen, lag es im nächsten Schritt nahe, ihr Verhältnis zu Ressourcen und Entscheidungen genauer zu betrachten und nach den spezifischen Umweltbeziehungen zu fragen, die sie unterhalten. Doch auch hier musste die Idee eines direkten Durchgriffs der Umwelt (Input) auf die organisationale Praxis (Output) in Form von Ressourcenabhängigkeiten (RDT) oder institutionalisierten Erwartungen im Rahmen von Isomorphieprozessen in organisationalen Feldern (SNI) verworfen werden, wenn die Eigenlogik von Organisationen angemessen theoretisiert werden soll. Daher erscheint es naheliegender, operative Fiktionen in den Blick zu nehmen, die es Organisationen erlauben, ihre turbulenten Umwelten sowie die eigenen inneren Interessengegensätze, Ressourcen, mikropolitischen Spiele, technologischen Unzulänglichkeiten, Arbeits- und Herstellungsprozesse sowie informalen Strukturen im Modus des »*Als-Ob*« temporär und stets auf ein Neues zusammenzuhalten. »Langfristige« Mitgliedschaftsvereinbarungen, »solide« Investitionsentscheidungen, »informierte« Ratschläge von Beratern, neue »effiziente« IT-Systeme, »gewinnbringende« Kooperationen mit Organisationen desselben Feldes; »funktionierende« Arbeitsabsprachen: alles, was in Organisationen geschieht, geschieht unter Normalitätsannahmen. Diese unterliegen jedoch einer organisationalen Praxis, deren Wirklichkeit alles andere als gesichert und widerspruchsfrei erscheint und weder von außen, noch von innen problemlos gesteuert werden kann.

Organisationale Erwartungen bezüglich des Eintretens einer erwünschten oder wahrscheinlichen Zukunft markieren jene Praxis, mit der Organisationen ihre inhärente Unsicherheit verschleiern und zugleich bearbeiten. Eine besonders markante Ausprägung organisierter Fiktionen stellt das *organisierte Rechnen* dar. Kalkulationen liefern »Wirklichkeitsgrundlagen« (Vollmer 2004: 457). Sie dienen der ressourcenbasierten Selbstvergewisserung, leisten einen wesentlichen Beitrag zum Aufbau eines organisationalen Gedächtnisses sowie zu dessen Filterung und liefern

Hinweise, wie Entscheidungen zu fällen sind. Auch Mitgliedschaftserwartungen können so gleichermaßen fixiert wie auf die Zukunft hin überprüft werden. Organisationale Realitäten bauen in erheblichem Maße auf rechnerischen Fiktionen darüber auf, wie der Prozess des Organisierens gestaltet werden könnte, was plausibel und wahrscheinlich ist und wie diese ersehnten Ziele bzw. Zukünfte erreicht werden sollen. Aus »Aspirationalisierung« (Vollmer 2004) – dem Erstreben einer Zukunft vermittels »Zahlenwerke« (Mennicken/Vollmer 2007: 10) – ziehen organisationale Entscheidungen ihre Kraft, sie setzen Organisationen unter Strom, da ihre Projektionen zugleich beunruhigend und bindend, unsicher und aktivierend sind. Dabei vollzieht sich das »Einleben« (Vollmer 2004) in diese Zahlenwelten in Organisationen nicht automatisch oder ist als eine Selbstverständlichkeit zu betrachten. Gerade deshalb ist es für Ökonomisierungsvorgänge besonders bedeutsam, nicht zuletzt, weil Aspirationalisierung ein »Beunruhigungspotential« (ebd.: 460) inhärent ist, das besonders häufig zu stärker routinierten sowie professionellen Arbeits- und Herstellungsprozessen in Wechselwirkung steht. Hier gilt es dann bei der empirischen Rekonstruktion anzusetzen.

Bruno Latours Arbeit (2014) von den modernen »Existenzweisen« und seine Ausführungen zum Begriff der Ökonomisierung waren dann der letzte metatheoretische Bezugspunkt. Latours in diesem Buch vollzogene differenztheoretische Wende eröffnet hierfür gute Bedingungen. Er formuliert dort im Rahmen einer relational-ontologischen Anthropologie einen (wie schon bei Bourdieu nachvollzogenen) Vorbehalt gegenüber rationalistischen Postulaten, die Theorien über die Praxis schon für die Praxis selbst halten. Ihnen attestiert er einen epistemischen Kurzschluss, den er »Doppelklick« [DK] nennt. Er sieht die »ökonomische Materie« daraufhin nicht in stabilen Rechenprozeduren mit Zugang zu wissenschaftlichen Wahrheiten begründet, sondern reformuliert das Ökonomische vielmehr als praktischen Vollzug, als kontinuierlichen *Prozess der Ökonomisierung*. Diesen fasst er als Verbund aus den drei Existenzweisen Organisation [ORG], Bindung leidenschaftlicher Interessen und Güter [BIN] und Moralität des Rechnens [MOR].

Organisationen gelten Latour nicht als rationale Maschinen, die in routinemäßigen Arbeitsverrichtungen und starren Formalstrukturen aufgehen, sondern werden als performative Akte der Rahmung verstanden, die unablässig neue temporäre Verwicklungen, Ordnungen, Verteilungen, Projekte und Aufgaben erzeugen und durch »Wertmesser« (Berechnungsinstrumente und deren Verteilungsschlüssel) Tatsachen und Werte miteinander verschmelzen. Jenseits »kalter« Berechnungen und stabiler Präferenzordnungen eigennütziger Akteur*innen verweist die Existenzweise der Bindung auf die ständigen Übersetzungsprozesse, die durch leidenschaftliche Interessen der Menschen zum Ausdruck kommende Werte (Valenzen) in marktförmige Gütertransaktionen (Äquivalenzen) überführen. Latour legt hier seinen Fokus auf das *Tohuwabohu* der unterschiedlichen Bedürfnisse der Menschen, den mangelnden Mitteln sich die damit in Verbindung

stehenden Güter anzueignen und den Leidenschaften und Übeln, die notwendig sind, um letztlich doch das zu bekommen, was so heiß ersehnt wurde und einen *mitreißt und verändert*. Die Existenzweise der Moralität wiederum rekurriert auf das Beunruhigungspotenzial, welches von den Recheninstrumenten ausgeht, deren Funktion als »Aspirationalisierung« (Vollmer 2004: 460f.) gefasst wurde. Das Optimum eines Zweck-Mittel-Verhältnisses zu berechnen, was nicht berechnet werden kann, fasst die Erfahrung dieser Existenzweise zusammen. Immer wieder neu zu rechnen, bedeutet aber auch, sich nicht allzu sicher in seinen organisierten Fiktionen einzurichten, sondern den moralischen Skrupel zuzulassen, wieder und wieder zu rechnen und es besser machen zu wollen. In der akzeptierenden Selbsttäuschung über den Zweck des rechnerischen Unterfangens, die zu immer neuen Berechnungen, aber nicht zum letztgültigen Optimum führt, erblickt Latour die Tugend volks- wie betriebswirtschaftlicher Rechenvorrichtungen. In der steten aspirationalen Prüfung, die Güter möglichst optimal auf die Intensitäten der leidenschaftlichen Bindungen und Interessen der Menschen zu verteilen und mit den organisationalen Skripten zu verknüpfen, findet die Ökonomien ihre eigentliche Erfüllung, ihr *nützliches* Projekt der ständigen Formatierung von Weltverhältnissen.

Die Verbindung von leidenschaflichen Interessen bzw. Werten und Gütern weist auch zurück auf das Habituskonzept von Bourdieu. Als Scharnier von Körper und Welt kommt im Habitus der praktische Sinn eines relationalen *Objektbezugs* zum Vorschein, an dem auch Latour mit der Existenzweise der Bindung gelegen ist. Jenseits individueller Nutzenkalküle, von dem die Extrapolationen der Mainstream-Ökonomik stets ausgehen, legen Bourdieu wie Latour ihr Augenmerk auf das praktische Verhältnis der Menschen zu den Gütern sowie das Leiden und die Übel, die zur Aufrechterhaltung von sozialen Beziehungen und insbesondere Eigentumsverhältnissen notwendig sind. Den »immensen überkochenden Kessel« (Latour 2014: 522f.) menschlicher Strebungen kann nur verstehen, wer ökonomische Berechnungen und Transaktionen als habitualisierte »unmittelbare Beziehung, durch Berührung« (Bourdieu 2004: 174) konzipiert. Berechnungen verlieren folglich ihre rationalistische Statik, da die Rechenprodukte an den *praktischen Sinn innerhalb sozialer Kontexte* rückgebunden werden, in denen die Dinge ihre speziellen Bindungskräfte entfalten, gerade weil sie diejenigen, die sich gebunden fühlen, hierdurch gemeinsam transformieren.[37] Organisationen – verstanden als

37 Das Verhältnis von Latour und Bourdieu ist nicht leicht zu bestimmen. Einerseits teilt Latour mit Bourdieu die Logik der Praxis und übernimmt auch Bourdieus Habituskonzept weitestgehend, kritisiert aber (neben Bourdieus Feldtheorie, dem Kapitelbegriff und seiner politischen Soziologie) die strukturalistische Auslegung des Konzepts und betont eher dessen aktive Seite und die Möglichkeiten der Enaktierung (siehe die Existenzweise der Gewohnheit [GEW]: Latour 2014: 365-394, die in der englischen Ausgabe als »habit« bzw. [HAB] bezeichnet wird). Die sozialräumliche Perspektive von Bourdieus Feldbegriff wiederum transzen-

organisierte Fiktionen – können als prototypische Kontexte für derlei Erfahrungen verstanden werden. Eine solche Perspektive kann jedoch nur einnehmen, wer der »läßlichen Sünde von Doppelklick« (Latour 2014: 579) widersteht und auf dem Gebiet der Ökonomie »agnostisch« wird, was – wie Latour zugibt – keine leichte Aufgabe darstellt. In der empirischen Analyse und dem Fazit wird unter anderem

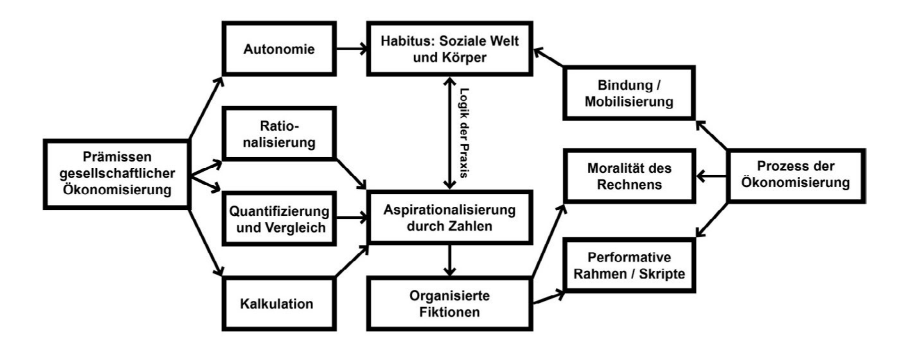
---

diert er mit seiner flachen Ontologie der zirkulierenden Referenzen innerhalb von Akteur-Netzwerken. Latours Haltung wird in folgendem Zitat (Latour 2007: 360f.), das offensichtlich auf Bourdieus »Die Feinen Unterschiede« (1999) anspielt, ziemlich deutlich: »Wie viele umlaufende Klischees müssen wir absorbiert haben, bevor wir die Kompetenz besitzen, eine Meinung über einen Film, einen Gefährten, eine Situation, eine politische Einstellung zu äußern? Wenn wir damit begännen, den Ursprung jeder unserer Eigenschaften zu überprüfen, wären wir dann nicht auch hier wieder in der Lage, dieselbe sternförmige Gestalt zu zeichnen, die uns zwänge, viele Orte, Menschen, Zeiten und Ereignisse wieder aufzusuchen, die wir größtenteils schon vergessen hatten? Dieser Ton der Stimme, diese ungewöhnliche Ausdrucksweise, diese Handbewegung, diese Gangart, dieser Körperhaltung – sind sie alle ebenfalls nicht zurückverfolgbar? Und dann ist da noch die Frage ihrer inneren Empfindungen. Sind sie Ihnen nicht gegeben worden? Hilft Ihnen die Lektüre von Romanen nicht dabei zu wissen, wie man liebt? Wie würden Sie wissen, zu welcher Gruppe sie gehören, ohne ständig einige der kulturellen Klischees herunterzuladen, mit denen die anderen Sie bombardieren? Ohne das Verschlingen zahlloser Modemagazine, wüßten Sie, wie man einen Kuchen backt? Und was ist damit, wie Sie ein Kondom anlegen, Ihre Geliebte trösten, Ihr Haar bürsten, für Ihre Rechte kämpfen oder die richtigen Kleider auswählen? Zeitschriften helfen auch hierbei. Wenn Sie in jeder Zeitschriftenrubrik nur den bloßen »Ausdruck« irgendeiner dunklen sozialen Kraft sehen, verschwindet deren Wirksamkeit. Doch wenn Sie sich daran erinnern, daß es nichts jenseits und darunterliegend gibt, daß es keine Hinterwelt des Sozialen gibt, kann man dann nicht fairerweise sagen, daß sie einen Teil Ihrer eigenen kostbaren Intitmität ausmachen?« Latour vergleicht den Habitus hier aus der Warte seiner flachen Ontologie des Sozialen eher mit einem »plug-in« (ebd.: 352ff.), das man für spezifische Anforderungen bzw. Kompetenzen downloaden und anwenden kann, wenn eine Computersoftware (das strukturalistische Element) danach verlangt. Download und Plug-in sind als Metaphern so aussagekräftig, weil die Informationstechnologien es ermöglichten »Assoziationen in einer Weise zu verfolgen, wie es bisher nicht möglich war. […] Sie machen sichtbar, was vorher nur virtuell war. Sobald Kompetenz jedoch in Bauds und Bytes entlang von Modems und Routern gezählt werden kann, sobald sie Schicht für Schicht geschält werden kann, öffnet sie sich der Feldforschung. Jede einzelne Schicht hinterläßt eine Spur, die nun einen Ursprung hat, ein Etikett, ein Transportmittel, eine Zirkulationsbahn, manchmal sogar ein Preisschild. Dank der Informationstechnologien können wir verstehen, daß es niemals eine Frage des alles oder nichts ist, die Ausrüstung eines Menschen hervorzubringen, sondern das provisorische Resultat einer ganzen Versammlung von Plug-ins verschiedenster Herkunft.« (ebd.: 360f.) Die verkörperten und erworbenen Kompetenzen eines Akteurs – sein Habitus – sind also nicht aus einer übergreifenden Sozialstruktur (bei Bourdieu, die relative Position innerhalb sozialer Felder sowie die erworbenen Dispositionen und verfügbaren Kapitalien) herauszuschälen, sondern sind aus vielen aufeinanderfolgenden Erfahrungsschichten (nicht sozialen Schichten) eines Akteur-Netzwerks aufgebaut und vielmehr als empirisch diskret vorliegende Informationspartikel zu verstehen und zu rekonstruieren.

der Frage nachgegangen, ob dies den Akteur*innen gelingt und welche Rolle das Verhältnis von Autonomie und Kalkulation dabei spielt.

Abschließend stellt sich der metatheoretische Rahmen grafisch wie folgt dar:

Abbildung 1 Metatheoretischer Rahmen zur Erfassung gesellschaftlicher Ökonomisierungsprozesse (eigene Darstellung)



4. Institutioneller Wandel im Gesundheits- und Krankenhauswesen

»Dem entsprechen bemerkenswerte Strukturen im Überschneidungsbereich von Medizin und Wirtschaft, das heißt überall dort, wo Krankenbehandlung unter dem Gesichtspunkt von Knappheit und Kosten beurteilt wird. Hier zeigt sich: im System der Krankenbehandlung sind nicht die Geldmittel knapp, sondern die Kranken. […] Das Ziel der Gesundheit ist politisch so fest etabliert, daß Geldmittel dafür nicht (oder nur auf indirekte, so gut wie unsichtbare Weise) verweigert werden können. Es bedarf keiner besonderen Reflexion des Systems im System, um dies zu begründen.« (Luhmann 1990: 188, Hervorhebungen K. M.)

Bevor zum methodologischen Teil dieser Arbeit sowie den zentralen empirischen Analysen übergeleitet wird, muss auf die soeben vorgelegten metatheoretischen Ausführungen zur organisations- und praxistheoretischen Perspektive auf Ökonomisierung nun eine Betrachtung der zentralen institutionellen Entwicklungen folgen, die sich im Krankenhaus- und Gesundheitswesen in den letzten Jahrzehnten ergeben haben. Eine umfassende Betrachtung des Gesundheitswesens ist hier nicht zu leisten und auch nur bedingt sinnvoll, denn die nachfolgenden Studien basieren allesamt auf teilnehmenden Beobachtungen und Interviews mit Personen, die zum Interviewzeitpunkt in Krankenhäusern tätig waren. Die Darstellung konzentriert sich im Folgenden daher auf die institutionellen Rahmenbedingungen und Gesundheitspolitiken, die auf die politische Regulierung des *stationären Krankenhaussektors* abzielen. Zwei Entwicklungspassagen werden inspiziert: zunächst diejenige des Aufbaus einer *wohlfahrtsstaatlichen* Form der Gesundheitsversorgung, die sich zwischen 1950 bis in die 1970er Jahre hinein entwickelte. Die zweite schließt

unmittelbar daran an und fokussiert die institutionellen Reformen als *ordnungspolitischen Wandel*, mit dem Fragen der Effizienz und Wettbewerb nicht bloß politisch diskutiert, sondern als »medizinische Leistungssteuerung« (Simon 1997) nach dem Vorbild von »Doppelklick« (Latour 2014, siehe oben 3.4.2) in Richtung einer ökonomistischen Zurichtung des Krankenhauses weisen.

Die damit verbundenen Thesen zur Ökonomisierung des Krankenhauswesens im Einzelnen durchzuarbeiten wird hier allerdings nicht beabsichtigt, da dies im Sinne eines praxeologischen Zugangs, der offen für den Untersuchungsgegenstand bleiben will und die Einzigartigkeit der Praxis würdigen möchte, der empirischen Analyse und den abschließenden Betrachtungen vorbehalten sein soll. Im Mindesten ist es aber angezeigt, die institutionelle Einbettung der organisierten Krankenversorgung zu erläutern, um die Leser*innen (als *sensitzing concept*) auf die voraussetzungsreichen Abläufe, von denen die weiteren Analysen ausgehen, vorzubereiten. Ein Blick auf das institutionelle Gefüge erscheint für diese Arbeit besonders wichtig, da das deutsche Gesundheitswesen als hoch regulierter Politikbereich gilt, doch zugleich im Sinne einer »negotiated order« (Strauss et al. 1963; Strauss 1978) wesentlich auf Verhandlungssystemen bzw. Elementen der Selbstverwaltung beruht, wie sich insbesondere am Krankenhaus zeigt. Um der Komplexität des Gesundheits- und Krankenhauswesens gerecht werden zu können, werden zunächst in aller Kürze die grundlegenden Bestandteile dieser Struktur rekapituliert, wie sie sich in den Nachkriegsjahren bis in die 1970er Jahre hinein etabliert hat. Der in diesem Jahrzehnt nur langsam einsetzende Wandel der politischen Regulation wird im zweiten Teil bis in die Gegenwart nachgezeichnet. Abschließend soll ein erstes literaturbasiertes Resümee bezüglich des derzeitigen gesundheits- bzw. krankenhauspolitischen Arrangements gezogen sowie ein kurzer Ausblick gegeben werden. Die zentralen Aspekte des jeweiligen Arrangements werden in jeweils drei Unterkapitel gegliedert, die Fragen der Finanzierung (4.1.1/4.2.1), der Leistung (4.1.2/4.2.2) sowie der Organisation (4.1.3/4.2.3) in den Blick nehmen.

4.1 Das alte wohlfahrtsstaatliche Setting

Die Entwicklung einer einheitlichen Gesundheitsversorgung in Deutschland[1] mit seinen etablierten Strukturen, Akteur*innen und politischen Regularien hat einen langen Weg hinter sich. Die Geschichte der deutschen Sozialgesetzgebung beginnt im Wilhelminischen Kaiserreich unter Otto von Bismarck und sah die Einführung

---

1 Die Ausführungen beziehen sich im Weiteren bis zur Deutschen Einheit nur auf Westdeutschland u.a. deshalb, weil der wesentliche Teil der noch heute präsenten Akteure, Strukturen und politischen Regulationsmechanismen aus der Entwicklung des Gesundheitswesens in der BRD resultierte.

einer Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit dem »Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter« erstmals im Jahre 1883. Die Einführung einer gesetzlichen Versicherungspflicht für Arbeiter in Industriebetrieben sowie Handwerker, die gegen Lohn oder Gehalten arbeiteten, wurde dort erstmals beschlossen, wie auch die Gründung von Orts-, Betriebs- und anderen Formen von Krankenkassen, die die gesetzlich verbrieften Leistungen in Selbstverwaltung für ihre Versicherten organisieren sollten. Die GKV als gegliederte Krankenversicherung ist in seinen Grundzügen bis heute erhalten geblieben. Einer steten Abnahme der Zahl der Krankenkassen (von etwa 35.000 Ende des 19. Jahrhunderts auf 110 Anfang 2018, vgl. BGM 2018a) steht eine deutliche Zunahme der Versichertenzahlen entgegen (von etwa 10 % zur Einführung bis zu 90 % Pflichtversichertenanteil in der Bevölkerung heute, vgl. BGM 2018b). Während sich die Kassenärztlichen Vereinigungen per Notverordnung von 1931 noch vor dem zweiten Weltkrieg gründeten, konstituierten sich andere zentrale Organe der gesundheitlichen Selbstverwaltung bald nach Kriegsende. Die erste Landesärztekammer wurde in Bayern 1946 als Körperschaft öffentlichen Rechts gebildet, andere Kammern folgten durch gesetzliche Landeserlasse kurze Zeit später. Berlin gründete als letztes Bundesland eine Ärztekammer im Jahre 1962. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) wurde 1949 als Zusammenschluss der Landeskrankenhausgesellschaften gegründet.

Die Nachkriegsjahre waren selbstverständlich nicht nur von verbandspolitischen Neuerungen gekennzeichnet. Offensichtlich stand ein großer infrastruktureller Wiederaufbau sowie die Wiederherstellung der flächendeckenden Gesundheitsversorgung auf der politischen Agenda. Wie Michael Simon (2000a: 40ff.) erläutert, standen Krankenhäuser vor großen wirtschaftlichen Herausforderungen. Die laufenden Betriebskosten waren in Folge eines noch gültigen Verbots von Preiserhöhungen von 1936 nur unzureichend finanziert und auch an Investitionsmitteln mangelte es massiv. Hinzu kam ein erheblicher infrastruktureller Nachholbedarf (es fehlte an modernen Medizingeräten, Einrichtungsgegenständen, Gebäuden, hygienischen Apparaturen, Wäsche etc.), der in Folge von Sparmaßnahmen und der deutschen Kriegswirtschaft der 1930er Jahre entstanden war. Stationäre Unterversorgung, Personalmangel und Abwanderung in den ambulanten Bereich waren die Folge. Notbehelfe, etwa das Aufstellen von zusätzlichen »Notbetten« in Patient*innen- und Versorgungsräumen bis in die 1960er Jahre hinein, wurden nur langsam von durchgreifenden politischen Verbesserungen abgelöst. Diese ließen nicht nur aufgrund der Kriegsverwerfungen lange auf sich warten. Erschwerend hinzu kamen einige strukturelle Altlasten und Eigenheiten des föderalen Systems der neu gegründeten BRD. Dem Bund oblagen bis in die 1970er Jahre hinein keine

gesetzgeberischen Kompetenzen im Krankenhaussektor.[2] Allen voran die Gemeinden und auch die Länder waren als Eigentümer von Krankenhäusern (sog. Krankenhausträger) für die Finanzierung und Regulierung der Einrichtungen verantwortlich. Gemeinsam mit der Interessenvertretung der deutschen Krankenhäuser (der DKG) wollten die Kommunen die Sozialversicherungsträger für die Finanzierung der Krankenversorgung vollumfänglich aufkommen lassen. Die Kassen, in ihrer Furcht vor steigenden Kassenbeiträgen, hingegen »forderten eine gesetzliche Verpflichtung der öffentlichen Hand zur Finanzierung der Kosten der Errichtung und Vorhaltung von Krankenhäusern« (ebd.: 45). Dieser Interessenkonflikt konnte weder durch eine 1948 erlassene »Preisfreigabeverordnung« noch über eine vom Bund initiierte, auf dem Wege seiner Zuständigkeit für ein allgemeines Wirtschaftsrecht erwirkte, Pflegesatzverordnung (1954) gelöst werden. Vielmehr wird laut Simon (ebd.: 46) die

> »krankenhauspolitische Arena […] seit dieser Zeit von zwei großen Akteurskoalitionen beherrscht, die jeweils eine deutliche Übereinstimmung der wirtschaftlichen oder finanzpolitischen Interessen aufweisen und durch gemeinsam geteilte Werthaltungen und Grundüberzeugungen zusammengehalten werden. Die eine Akteurskoalition wird von den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung und dem Bund gebildet, die andere, gegnerische Koalition, von den Verbänden der Krankenhausträger, den Gemeinden und den Ländern.«

Diese »Werthaltungen« der beiden Lager fasst Simon später (ebd.: 58) in zwei gegensätzlichen »Grundauffassungen« wie folgt zusammen: die erste Koalition aus Bund und Kassen betrachte die vollumfängliche »Finanzierung der Vorhaltekosten der stationären Versorgung als öffentliche Aufgabe und somit Angelegenheit der öffentlichen Hand«, wodurch die Versicherten nur für die direkten Behandlungskosten über ihre Versicherungsbeiträge aufzukommen hätten. Die andere Koalition aus Krankenhausträgerverbänden sowie Gemeinden und Ländern vertrat hingegen die Position, dass »in Analogie zur Preisbildung in der übrigen Wirtschaft die ›Käufer‹ von Krankenhausleistungen, also die Patienten […] auch den vollen Preis – einschließlich der Vorhaltekosten – zu tragen hätten.« Damit steht jede Seite stellvertretend für zwei unterschiedliche Finanzierungskonzepte: die erste steht für die sog. »duale Finanzierung«, letztere für eine »monistische Finanzierung«.

Es sollte bis zum Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) im Jahre 1972 dauern, ehe dieser Interessensgegensatz im Zuge weitreichender Reformen zugunsten der dualen Finanzierung einstweilig neu geregelt (nicht:

2 Einzig über §120 des Grundgesetzes war der Bund dazu verpflichtet, die »Zuschüsse zu den Lasten der Sozialversicherung zu tragen […] und von daher an der Vermeidung von Defiziten der gesetzlichen Krankenversicherung interessiert sein mußte.« (Ebd.: 46)

aufgelöst) wurde.[3] Das Gesetz markiert zugleich »die rechtlichen und materiellen Grundlagen für eine umfassende und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen« (Klinke 2018: 5) und verankert damit die bereits existente Vorstellung von Krankenhäusern als »Einrichtungen der sozialstaatlichen Daseinsvorsorge [...], für deren Vorhaltung und Finanzierung letztlich der Staat verantwortlich sei« (Simon 2016: 30). Die darin enthaltenen Regelungen zur Krankenhausfinanzierung fixieren ein *wohlfahrtsstaatliches Regime*, das Krankenhausleistungen aus einem *sozialstaatlichen Auftrag* (im Rahmen des Sozialstaatsprinzips, §20, GG) ableitet, welcher zugleich unvereinbar mit dem Gedanken erscheint, das Kliniken »[...] als gewinnorientierte Unternehmen betrieben werden« (Simon 2016: 30). Die dort formulierten Prinzipien werden im nächsten Abschnitt dargestellt.

4.1.1 Finanzierung: Selbstkostendeckungsprinzip und Pflegesätze

> »Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.« (§1, KHG, 29.6.1972)[4]

Mit dem KHG wurde 1972 erstmals ein System der »dualen Finanzierung« für eine flächendeckende, stationäre Krankenversorgung etabliert. Die Erzielung eines Kompromisses zwischen den beiden soeben dargestellten Positionen beruhte auf Zusagen des Bundes, sich wesentlich stärker an »der Erfüllung von Länderaufgaben mit eigenen Haushaltsmitteln zu beteiligen« (Simon 2000a: 71). Dies war nach zwei Grundgesetzänderungen und dem Auseinanderbrechen der großen Koalition und der anschließenden Bildung einer sozialliberalen Koalition aus SPD und FDP möglich geworden. Der Kompromiss lautete daraufhin: die »öffentliche Hand« in Form der Bundesländer entwickeln zur Umsetzung von §1 des KHG (vgl. oben)

3 Seit einigen Jahren wird wieder heftig über die Möglichkeit einer monistischen Finanzierung debattiert, siehe z.B. den Vorschlag von Rürup et al. (2008), sowie kritisch hierzu schon Simon (2000b).

4 Unter 4.2.1 wird gleich zu sehen sein, wie sich der Wortlaut des Gesetzes, das nach wie vor in Kraft ist, in Richtung einer wirtschaftlichen Eigenverantwortlichkeit der Krankenhäuser verändert hat. Allein an diesem kleinen Passus lässt sich damit schon die Stoßrichtung der Veränderungen ablesen, die sich seit Verabschiedung des KHG im Jahr 1972 eingestellt haben.

sog. Krankenhauspläne und übernehmen im Rahmen von »Investitionsprogrammen« die Finanzierung der Investitionskosten, an denen sich der Bund erstmals mitbeteiligt. Die Betriebskosten, insbesondere die Personal- und Sachmittelkosten der Krankenhäuser, werden weiterhin von den gesetzlichen wie privaten Krankenversicherungen bzw. deren Versicherten getragen. Aus Sicht von Simon sticht das Gesetz vor allem durch »*normative Grundsatzentscheidungen*« (Simon 2000a: 73, Hervorhebung K. M.) hervor. Darunter fallen neben der dualen Finanzierung (vgl. Simon 2016: 31),

- der staatliche »Sicherstellungsauftrag«, der gemäß §20 GG die Länder verpflichtet, eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten;
- die eben schon benannte Krankenhausplanung, die die Bundesländer »regelmäßig entlang des Bedarfs« erstellen und in dem alle zur Versorgung der Bevölkerung notwendigen Krankenhäuser verzeichnet sind;
- der »Versorgungsauftrag« der Krankenhäuser, die in einen Krankenhausplan als bedarfsgerecht aufgenommen wurden, ist durch ausreichende Finanzierung »wirtschaftlich zu sichern«;
- das Selbstkostendeckungsprinzip, was umfasst, dass die zur Verfügung gestellten Investitionsmittel und Pflegesätze so veranschlagt sind, dass die Selbstkosten eines »sparsam wirtschaftenden Krankenhauses« gedeckt werden;
- die Bemessung eines »für alle Benutzer einheitlichen tagesgleichen vollpauschalierten« (Simon 2000a: 72) Pflegesatzes durch staatliche Stellen[5], womit insbesondere die Aufgabe der zuständigen Landesbehörden beschrieben ist, die »Letztentscheidung über die Höhe der Pflegesätze« festlegen zu dürfen.

Mit dem KHG verbinden sich also unmittelbar drei Vorgaben bzw. politische Ziele, eine *bedarfsgerechte* Versorgung der Bevölkerung, die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser sowie »sozial tragbare Pflegesätze« zu gewährleisten. Diese Ziele sind in der Zusammenschau widersprüchlich, insbesondere das Ziel der sozial tragbaren Pflegesätze kollidiert mit der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser (vgl. ebd.: 74), wie der Grundsatzstreit zuvor schon vor Augen geführt hatte. Die Pflegesätze werden durch die Landesbehörden »auf der Grundlage der Selbstkosten […] für jedes Krankenhaus einheitlich als Festpreis« (BT-Drs. 32/1973:

5 In der Bundespflegesatzverordnung von 1973 ist das Prozedere festgelegt: allgemeine sowie besondere Pflegesätze werden berechnet und verhandelt durch die jeweils zuständigen Landesbehörden sowie durch die von der Landesregierung eingesetzten Ausschüsse für Pflegesatzfragen auf Landes- und kommunaler Ebene. Die Ausschüsse bestehen aus sechs Vertretern der Krankenhäuser, fünf der öffentlichen Sozialleistungsträger und einem der privaten Krankenversicherung, die durch die jeweils zuständigen Verbandsorgane ernannt worden sind.

336) berechnet und in einem Einigungsverfahren zwischen Vertretern der Landesbehörde, dem Krankenhausträger sowie allen für das jeweilige Haus relevanten Kostenträgern festgesetzt. Krankenhäuser werden zuvor »entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit, insbesondere nach der ärztlichen Versorgung unter Berücksichtigung der vorhandenen Fachrichtungen, der Bedeutung und des Umfanges der einzelnen Fachrichtungen und der medizinisch-technischen Einrichtungen in Gruppen eingeteilt.« (ebd.: 334) Nach der Eingruppierung müssen Krankenhäuser zur Kostenerstattung sog. Selbstkostenrechnungen (in Form eines »Selbstkostenblatts«) zum jeweils zurückliegenden Jahr vorlegen und erhalten dann *retrospektiv* eine Erstattung ihrer ausgewiesenen Kosten. Sie können überdies eine Anpassung der Pflegesätze beantragen sowie Ausgleichszahlungen für den Fall fordern, dass die Kosten die Einnahmen überstiegen haben und sie in der Lage sind mit »kaufmännischer Buchführung und Betriebsabrechnung oder mit einem Rechnungswesen, das die Nachprüfung der sparsamen Wirtschaftsprüfung in gleicher Weise ermöglicht« (ebd.), ihre Ansprüche geltend zu machen.

Das *Selbstkostendeckungsprinzip* der Pflegesatzverordnung zeugt von dem erklärten Ziel des Gesetzgebers, die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung angesichts der Versorgungsdefizite tatsächlich sicherzustellen und hierfür Steigerungen bei den Pflegesätzen in Kauf zu nehmen. Mit anderen Worten: eine Erhöhung der Krankenkassenbeiträge (und damit der Lohnnebenkosten), die steigende Pflegesätze nach sich ziehen würden, ist angesichts der großen Leistungsdefizite der Krankenhäuser in Kauf zu nehmen, eine Mittelausweitung notwendig. Die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser sollte im KHG darüber hinaus auch durch eine bessere Förderung der investiven Mittel erhöht werden. Um eine Leistungssteigerung zu erreichen, wurde die Landeskrankenhausplanung zum »entscheidenden Steuerungsmittel für Art, Umfang und Ausmaß der künftigen Krankenhausversorgung« (BT-Drs. 6/1874: 11f., zit.n. Simon 2000a: 77) auserkoren. Denn im dort erteilten Versorgungsauftrag wird festgelegt, welche Bettenanzahl einem Krankenhaus zusteht. Ist ein Krankenhaus Teil des Bettenzuteilungsplans, können auch Investitionsmittel empfangen werden, da die Investitionsförderung in Teilen daran gebunden ist. Das KHG sieht vor, die investiven Mittel pauschal nach Krankenhausgröße (gemessen in Betten pro Jahr) zu zahlen, wenn auch größere Investitionen (als »Einzelförderung«) gesondert beantragt und bewilligt werden können. Insofern erscheint die Aufnahme in den Krankenhausplan als »Existenzsicherung eines Krankenhauses« (ebd.: 78). Dies erwies sich auch an der schon in den 1960er Jahren angestoßenen Bau- und Modernisierungstätigkeit auf Länderebene, auf die u.a. die Gründung einiger Universitätskliniken und großer Krankenhäuser zurückgeht.

In der statistischen Zusammenschau hingegen zeigt sich, dass der Großteil der Ausgabensteigerungen auf die gesetzliche Krankenversicherung entfällt: die Ausgaben der GKV steigerten sich von 0,7 % des BIP (1966) auf 0,9 % in 1970 und 1,7 %

in 1975. Im Gegensatz dazu waren die Gesundheitsausgaben der öffentlichen Haushalte zwischen 1966 und 1970 leicht rückläufig und stagnierten zwischen 1970 und 1975 bei 0,49 % des BIP. Sie nahmen im weiteren Verlauf sogar weiter ab, während die Ausgaben der GKV bis Mitte der 1980er Jahre noch zunahmen (vgl. ebd.: 85, Tab. 6). Die Bettenkapazität stieg nach Einführung des KHG zwar zunächst relativ stark an, ging in der Folge aber ebenso zurück, wie die Anzahl der Krankenhäuser und die Quote der Betten je 10.000 Einwohner (vgl. ebd.: Tab. 3, 79). Simon schlussfolgert (ebd.: 80) daraufhin, dass die von einigen Autoren getroffene Einschätzung, das KHG habe zu einer »Überversorgung« geführt, nicht mit dem Gesetz in Verbindung zu bringen ist, sondern vielmehr in der bereits in den 1960er begonnenen Bautätigkeiten (u.a. wurden die Universitätskliniken in Hannover und Aachen zu dieser Zeit errichtet) zu finden sei. Überdies habe das KHG durch eine Verminderung der »Betriebszuschüsse« an Krankenhäuser »zu einem Rückzug der öffentlichen Haushalte aus der Krankenhausfinanzierung« (ebd.: 86) geführt. Gleichwohl hebt Simon (ebd: 83) im Chor mit allen »maßgeblichen Akteuren des Politikfeldes« anerkennend hervor, dass das KHG »wesentlich zur Modernisierung und vor allem Qualitätsverbesserung der stationären Versorgung beigetragen« habe. Nicht nur quantitatives Personalwachstum wurde durch die neue Finanzarchitektur begünstigt, das Qualifikationsniveau des Krankenhauspersonals konnte ebenfalls gesteigert werden. Auch als Folge der medizinisch-technischen Modernisierung sowie aufgrund von Säkularisierungsschüben des Pflegepersonals (Nonnen und Diakonissen gingen zunehmend in den Ruhestand) wuchs das Qualifikationsniveau der ärztlichen, pflegerischen und medizinassistierenden Gruppen, was auch an der starken Verringerung der Liegezeiten bei gleichzeitiger Zunahme der Patient*innenzahlen abgelesen werden kann.

Aufgrund der mit enormen Ausgabensteigerungen verbundenen Modernisierungen wurden Mitte der 1970er Jahre erste Forderungen nach Programmen zur »Kostendämpfung« laut. Die GKV sollte entlastet werden und schließlich geriet das Prinzip der Bedarfsdeckung infolge einer unterstellten »Anspruchsinflation« (Luhmann 1983) zunehmend unter Beschuss. Zur Sicherung der »Beitragssatzstabilität« der Sozialversicherungen wurde Krankenkassen erlaubt, Zuzahlungen von ihren Versicherten für gewisse Leistungen zu erheben. Gleichzeitig wurde der Druck (auch von Seiten der Krankenkassen durch externe Wirtschaftlichkeitsprüfungen, vgl. Simon 2000a: 140) auf die Krankenhäuser erhöht, ihre *bedarfsgerechte* Leistungserbringung unter *Beweis* zu stellen. Da man sich hier schon an der Schwelle zu einem ordnungs- bzw. steuerungspolitischen Wandel im Sinne von »Doppelklick« (Latour 2014) befindet, der bis in die Gegenwart noch viel konkreter geworden ist, wird dies zunächst hintangestellt. Zunächst gilt es, die Art der Leistungserstellung in Krankenhäusern des wohlfahrtsstaatlichen Settings näher zu beleuchten und an das anzuschließen, was bereits unter (3.3.2) zur Expertenbürokratie thematisiert wurde.

4.1.2 Leistung: Medizinischer Professionalismus

»If it is accurate today to say that the public and those who speak for it look on the professions with some ambivalence, it is no less accurate to say that the semantic ambiguity of the word itself both encourages and reflects that ambivalence.« (Freidson 1986: 27)

Ein weiterer Aspekt des institutionellen Settings der Krankenversorgung ist die politische Regulation der Krankenbehandlung als solcher. Die von Krankenhäusern (Leistungsträgern) bei den jeweiligen Krankenkassen (Kostenträgern) abrechenbaren, tagesgleichen Pflegesätze verweisen auf das behandelnde Personal, das die jeweilige Leistung am individuellen Patient*innenfall erbracht hat. Die Entscheidung darüber, was dabei zu beachten ist und wie einzelne Patient*innen letztlich behandelt werden müssen, liegt allerdings weder im direkten Ermessen der Krankenhäuser, noch der Krankenkassen oder staatlicher Stellen. Allesamt machen sie hierbei, wie später noch genauer zu sehen sein wird, lediglich einen *mittelbaren* Einfluss geltend. Besonders zeigt sich dies an der Arzt-Patienten-Beziehung, die durch gesetzliche Vorgaben, Versorgungsverträge, ethische Richtlinien und Regeln des Berufsstandes als klassisches Rollenschema institutionalisiert ist. Nach der allgemeinen Definition von Parsons (1964, [1939]) ist der behandelnde Arzt zu funktionaler Spezifität, affektiver Neutralität, universalistischer Behandlungsbereitschaft und einer Orientierung am Gemeinwohl verpflichtet. Die Patient*innen hingegen werden in dem Setting von ihren alltäglichen Rollenverpflichtungen entbunden, von der Schuld für ihre Krankheit freigesprochen, sind jedoch zeitgleich dazu angehalten, die Unerwünschtheit ihrer Erkrankungssituation anzuerkennen, den Willen zur Genesung zu äußern und darauf gemeinsam mit dem ärztlichen Personal hinzuwirken. Es zeigt sich hierin eine ausgeprägte *Asymmetrie* zwischen beiden Rollen, die lange Zeit als paternalistisches Modell Bestand hatte. Ärzt*innen teilen in dieser Konstellation ihr medizinisches Wissen mit den Patienten*innen und erwarten auf Grundlage ihrer Diagnose, dass diese ihren Anweisungen bedingungslos folgen. Zwar ist das Modell nicht obsolet, doch es haben sich mittlerweile andere Modelle auf Grundlage wissenschaftlicher Evidenz sowie abweichender normativer Vorgaben bzw. konkurrierender ethischer Prinzipien ergeben (z.B. das Compliance- oder das Adhärenzmodell), die auch stärker auf die Bedürfnisse spezifischer Personengruppen oder Erkrankungen abgepasst sein können (vgl. z.B. Motivational Interviewing für sucht- und lebensstilbezogene oder psychische Erkrankungen, Miller/Rollnick 1991; Arkowitz/Miller/Rollnick 2015). Daran zeigt sich

die Wandelbarkeit der Arzt-Patienten-Beziehung, die sich jedoch nur sehr langsam und parallel zur Fortdauer des alten Schemas vollzieht.

Der Berufsstatus als »Halbgötter in Weiß« erklärt sich jedoch nicht nur aus einer privilegierten Interaktionssituation heraus. Entscheidend ist auch die gesellschaftliche Vorrangstellung (»preeminence« Freidson 1974: 5f.) der sozialen Gruppe der Ärzt*innen, die auf einem *medizinischen Professionalismus* (Parsons 1991 [1951]; Freidson 1974, 2001) beruht und im wohlfahrtsstaatlichen Setting zur vollen Blüte herangereift ist. So widersprüchlich und kontrovers der Begriff der Profession bzw. des Professionellen nach wie vor erscheint, so irreführend wäre es, Ärzt*innen gegenwärtig zu bloßen Dienstleister*innen oder Kräften des Gesundheitsmanagments zu degradieren, zu Proponent*innen einer professionellen Klasse aufzubauschen, oder das, was Professionelle tun, nur unter der Kategorie freier Berufsausübung zu summieren.[6] Obwohl zu allen Zeiten und in allen Gesellschaftsformen bekannt, nicht selten verehrt und mit besonderen Privilegien versehen, sind professionelle Ärzt*innen in einem besonderen Sinn als moderne Heiler*innen zu betrachten. Als professionelle Berufsgruppe angesehen, genießen Ärzt*innen das Privileg, die formalen Regeln ihrer Heilkunst selbst definieren und diese Kunst als *Monopol* betreiben zu können (siehe Abbott 1988; Freidson 1974). Nur Ärzt*innen haben das Recht (und zugleich die Pflicht), kranken Menschen Medikamente zu verschreiben, sie mitunter sehr gefährlichen Operationen zu unterziehen und im Zweifelsfall über Leben und Tod zu entscheiden. Die Krisenhaftigkeit der Beziehung, die Ärzt*innen zu ihren Patient*innen unterhalten versehen mit dem Ziel, Hilfe zu leisten, ist ein weiteres Merkmal des ärztlichen Professionalismus (des klientenbezogenen Professionalismus im Allgemeinen, vgl. Stichweh 1993, 2000; Oevermann 1996; 2006; zum Professionalismus als Koordinationsmechanismus der Hilfe, vgl. Schützeichel 2014). Keine andere Gruppe oder Einzelperson ist sozial

6 Die Ärzteschaft wird in der Regel als »Vollprofession« beschrieben, die neben einer sogleich erläuterten »occupational control« auch interessenpolitisch bestens organisiert ist und der gesamtgesellschaftlich eine Expertenrolle für medizinische Fragen zuerkannt wird (siehe Abbott 1988). Professionen sind somit nicht mit Organisationen gleichzusetzen (vgl. Muzio/Kirkpatrick 2011 zum Verhältnis von Profession und Organisation), sondern zeichnen sich durch ein »dual closure« (Ackroyd 1996) aus, wonach die Trägergruppen sowohl den äußeren Zugang (Aus- und Weiterbildung) als auch die innere Arbeitsteilung ihrer Tätigkeitsdomäne innerhalb von Organisationen kontrollieren. Im Gegensatz zum Pflegeberuf, der häufig als Semi- oder »Para-Profession« (Freidson 1979) oder als in der Professionalisierung begriffen betrachtet wird, vertreten berufspolitische Verbände (wie Landesärztekammern, die Bundesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigungen, der Marburger Bund, und andere mehr) ärztliche Interessen auf breiter Front und sind fester Bestandteil in allen wesentlichen Gremien – etwa dem Gemeinsamen Bundesausschuss – der Gesundheitspolitik. Der Plfege fehlt es hier noch an berufspolitischer Repräsentation. Pflegekammern gibt es erst in einigen wenigen Bundesländern.

legitimiert, derart riskante, intime und schonungslose Praktiken gegenüber Menschen und ihren Körpern zu vollziehen. Und das im Rahmen einer Interaktionsbeziehung, die häufig von der weitgehenden persönlichen Unkenntnis der beiden Teilnehmenden gekennzeichnet ist.

Um Teil der professionellen Berufsgruppe werden zu können, müssen zunächst streng genommen zweierlei Arten von Wissen aufgenommen und vermittelt werden. Zum einen geht es um wissenschaftliche Erkenntnisse der Medizin, die in einem Studium angeeignet und über den Bildungsabschluss formal ausgewiesen werden. Mehr noch, Medizinabsolvent*innen werden als Mitglieder ihrer professionellen Gruppe zu Träger*innen des erworbenen, formalen Wissens (»carrier of formal knowledge«, Freidson 1986: 13). In diese Funktion wachsen sie allerdings erst langsam hinein, denn nach dem Studium beginnt die eigentliche Arztwerdung gewissermaßen erst, da es nun – neben akademischen Weihen (Doktortiteln, Habilitationen und Professuren) – darum geht, das erworbene formale Wissen *anzuwenden*. Im anwendungsbezogenen, praktischen Wissen (»applied knowledge«) und dessen sozialer Vermittlung liegt eine weitere Quelle der ärztlichen Professionalität. Die fachärztliche Weiterbildung ist ein gutes Beispiel hierfür: als besondere Passage im Berufsleben vermittelt sie (über viele Jahre bei hohen Anforderungen an Mobilität, Einsatzbereitschaft und nicht selten unter finanziellen Entbehrungen) vertiefte praktische Fertigkeiten in der Anwendung medizinischen Wissens, die nach Beendigung eine besondere (fachliche) Kenntnis und individuelle Rechte mit sich bringt.

Die Regeln der Kunst als Teil der professionellen Berufsgruppe zu erlernen, heißt daher auch: *Autonomie* zu erlernen. Die Autonomie der Ärzt*innen beruht auf drei Prämissen (vgl. Freidson 1974: 137ff.): (1) ihr formelles wie praktisches Wissen wird als so spezifisch betrachtet, dass keine Entität außerhalb der Profession dieses angemessen *einschätzen und bewerten kann*; (2) Ärzt*innen handeln verantwortungsvoll, so dass eine direkte Überwachung ihrer Arbeit nicht vonnöten ist; (3) kommt es doch einmal zu individuellen Fehlern, unternimmt die Profession alle notwendigen regulatorischen Schritte, um das Fehlverhalten einzudämmen. Die Autonomie der einzelnen Ärzt*innen wie die »organisierte Autonomie« (Freidson 1975a) seiner Berufsgruppe manifestiert sich somit als Tätigkeitskontrolle (»occupational control« Abbott 1988) im Rahmen einer Praxis der kontinuierlichen Selbstregulation (»self-regulation«, Freidson 1974: 137). Die soziale Kontrolle der professionellen Domäne der Ärzt*innen beruht dabei nicht auf einer formalen Autorität qua Hierarchie, wie sie zuvor am Bürokratiemodell ausgiebig besprochen wurde, sondern ist geradewegs in der weitest gehenden Neutralisation dieser zu finden (vgl. Freidson 1975a: 105-137). Zwar korreliert eine Leitungsposition innerhalb einer Klinikhierarchie (gemeinhin als Chefarzt bezeichnet) auch mit höheren individuellen Entscheidungsspielräumen (sowie höheren psychosozialen Belastungen, vgl. exemplarisch für die Chirurgie Kneesebeck et al. 2010), gleichwohl wird einem möglicherwei-

se hieraus erwachsenden individuellen *Statuswettbewerb* und »mimetischen Krisen« (Girard 1997) stets durch die *Solidarität* des ärztlichen *Kollegiums* als Dreh- und Angelpunkt professioneller Selbstvergewisserung und fachlicher Konsultation entgegengewirkt. Anderenfalls stünde die Basis der Profession – die Kontrolle über die eigene Arbeitstätigkeit – infolge von Partikularinteressen und Korruption ernsthaft in Gefahr (vgl. Luhmann 2019: 209-213 für Professionen im Allgemeinen).

Insofern hat Freidson (2001) in seinem Spätwerk die These vertreten, Professionen würden eine »third logic« innerhalb der Gesellschaft repräsentieren. Ihm zufolge steht die professionelle Logik (»professionalism«) quer zur Logik des Marktes (»economism«) und der Bürokratie (»bureaucratism«) und zielt darauf, die Spannungen, die aus dem Verhältnis von Markt und Bürokratie erwachsen, zu bearbeiten. Diese Logik beruht auf folgenden fünf Prinzipien (ebd.: 127):

- »specialized work in the officially recognized economy that is believed to be grounded in a body of theoretically based, discretionally knowledge and skill and that is accordingly given special status in the labor force;
- exclusive jurisdiction in a particular division of labor created and controlled by occupational negotiation;
- a sheltered position in both internal and external labor markets that is based on qualifying credentials created by the occupation;
- formal training programm lying outside the labor market that produces the qualifying credentials, which is controlled by the occupation and associated with higher education;
- an ideology that asserts greater commitment to doing good work than to economic gain and to the quality rather than the economic efficiency of work.«

Zusammengenommen plädiert Freidson hier für eine Form von Professionalismus, die den speziellen Status der Tätigkeit des Professionellen auf diskreten, formalen Wissensbeständen und Fähigkeiten gründet, deren Anwendung auf der Existenz einer durch Verhandlung und Kontrolle erwirkten exklusiven Rechtsprechung beruht. Ärzt*innen sind in letzter Instanz für ihre Behandlungsentscheidungen haftbar und doch entspringt der besondere rechtliche Status einer geschützten beruflichen Position, die über formale Bildung und die Tätigkeit selbst erzielt wird, die beide von der Berufsgruppe kontrolliert werden. Der besondere Status entsteht also durch ein »doctoring together« (ders. 1975b) und leitet sich ferner von einer Ideologie ab, die guter Arbeit einen Eigenwert gegenüber ökonomischen Motiven beimisst, und in dem Sinne auch Qualität vor Quantität setzt (siehe zu diesem Gedanken auch Sennett 2008).

Freidson lehnt sich mit den drei Logiken an die Weber'schen Idealtypen an. Obwohl mit dieser Heuristik nicht auf die empirische Wirklichkeit geschlossen werden kann, liegt es nahe, Professionen als ein vermittelndes, von den beiden anderen

Logiken ausgeschlossenes Drittes (*tertium non datur*) zu verstehen. Diese Idee hat Werner Vogd (2017a: 1612, Hervorhebungen im Original, vgl. ders. 2018b; siehe auch Maio 2015, 2017) praxeologisch gewendet. Nach ihm geht es bei professioneller Arbeit um Folgendes: »[…] professionals have the task of *holding the tension* between *different perspectives*, requiring the application of *differing and irreconcilable logics of reflection* and *balancing* them in their decision-making.« Unterschiedliche, teils unvereinbare Perspektiven und Logiken anlassbezogen anzuwenden und in Entscheidungen auszubalancieren, erscheint Vogd nicht nur als komplexe Aufgabe professioneller Ärzt*innen, sondern als Erwartungshorizont einer »reflexiven Modernisierung« (Beck/Giddens/Lash 1994) insgesamt. Professionelle medizinische Arbeit gilt als Paradebeispiel für ein »*Entscheiden unter Unsicherheit*« (Vogd 2004: 26, Hervorhebungen im Original; vgl. auch ders. 2008, 2018b; hierzu bereits instruktiv Fox 1969: »training for uncertainty«), das immer schon mit der Mehrdeutigkeit sozialer Praxis rechnet und gelernt hat, jenseits binärer Schismen als »eingeschlossenes, ausgeschlossenes Drittes« (Serres 1983) zwischen widerstreitenden Rationalitäten (etwa vertikale Integration qua Hierarchie und Marktkoordination über Preise) zu vermitteln.

Für die spezifischen Berufskulturen von in Krankenhäusern tätigen Internist*innen und Chirurg*innen konnte Vogd (2011: 45) etwa zeigen, dass sich »die Dynamiken der ärztlichen Entscheidungsfindungen […] weder durch die zweckrationalen Motive der einzelnen Akteure noch durch abstrakte systemtheoretische Beschreibungen erklären« lassen. »Vielmehr finden diese Rationalitäten auf der Meso-Ebene eine spezifische Ausgestaltung, in der ärztliche Entscheidungsprozesse als soziale Konstruktionen erscheinen, die in dem jeweiligen konjunktiven Erfahrungsraum verschiedener Stationen und medizinischer Kulturen einerseits eine unterschiedliche Ausprägung erfahren, andererseits im Habitus der jeweiligen Akteure eine Verankerung finden, die diese jeweiligen ›Lösungen‹ zu stabilen Mustern werden lassen.« Um die der professionellen Praxis inhärente Komplexität besser zu verstehen, muss man sich also auf die Ebene der professionellen Gruppenzugehörigkeit begeben, dem »konjunktiven Erfahrungsraum« (Bohnsack 2007, Ausführliches hierzu im Methodenkapitel) medizinfachspezifischer Abteilungen nachgehen und hier nach der Verbindung kontingenter Konstruktionsprozesse einerseits und relativ stabiler, verkörperlichter Praktiken (als professioneller Habitus) auf der anderen Seite Ausschau halten. Für ein Verständnis dieser Dynamiken wird erneut das Krankenhaus als Organisation aufgegriffen, wie dies schon bereits zuvor unter 3.3.2 in Ansätzen vollzogen wurde. Das wohlfahrtsstaatliche Setting kennt nicht nur einen ziemlich unangefochtenen medizinischen Professionalismus, sondern setzt diesen zugleich im Krankenhaus in organisatorische Strukturen und Abläufe um, das dahingehend bereits als Expertenbürokratie diskutiert wurde.

4.1.3 Organisation: Expertenbürokratie unter Spannung

> »Das Krankenhaus als wesentlich von professionellen Grundsätzen […] getragenes Sozialgefüge […], das als Institution überdies auf humanitäre Ideen sich gründet und damit die Tendenz hat, die innere Konformität mit diesen Ideen über das effektiv zweckbezogene Verhalten zu stellen […] wird gerade in dieser Hinsicht recht diffizile Spannungsprobleme aufgeben.« (Rode 1974: 320)

Das Krankenhaus war die erste Organisation und ist nach wie vor die bedeutendste Einrichtung des Gesundheitswesens (vgl. Iseringhausen/Staender 2012). Was aus den mittelalterlichen Spitälern hervorgegangen ist, für die noch die Trias aus Armen-Schwestern-Gott prägend war, hat sich im Laufe seiner Verweltlichung zu einer komplexen Einrichtung inmitten eines differenzierten Gesundheitssystems entwickelt. Suchte der Arzt seine (in der Regel wohlhabenden) Patient*innen vormals noch zuhause auf, suchen diese ihn seither in einer Experteneinrichtung auf, die medizinische Forschung und Lehre sowie universale Krankenversorgung unter einem Dach bündelt. Mit der »Geburt der Klinik« (Foucault 2011) institutionalisierte sich die Medizin als unabhängige »klinische Wissenschaft« und mit ihr das Krankenhaus als akademischer Lehrbetrieb, der zunehmend auch medizinische Versorgungsaufgaben für die breite Bevölkerung erbrachte. Es dauerte in Deutschland noch bis in die 1960er Jahre, ehe eine flächendeckende Krankenversorgung weitestgehend auf einem hohen Versorgungsniveau sichergestellt war, dessen Hauptaugenmerk die *wohlfahrtsstaatliche Daseinsvorsorge* aller Bürger*innen ist. Erbracht werden medizinische Leistungen seither ambulant (in ärztlichen Praxen als lizensierten Niederlassungen) und stationär in Krankenhäusern (Akut- und Fachkrankenhäuser, Rehabilitationskliniken).

Im Folgenden wird näher beleuchtet, wie das wohlfahrtsstaatliche Krankenhaus in seiner Komplexität insbesondere von Johann Jürgen Rohde (1962, 1974) erstmals umfänglich beschrieben wurde. Rohde hat dabei insbesondere den institutionellen Charakter des Gesundheits- bzw. Krankenhauswesens im Blick, da er eine institutionentheoretische Position im Anschluss an Arnold Gehlens Philosophische Anthropologie und Parsons' Strukturfunktionalismus (siehe weiter oben 3.3.2) bezieht. Für Rohde (1974: 97ff.) steht die Gesellschaft vor der komplexen Aufgabe, die »Dauerbedürftigkeit« des Menschen in allgemein anerkannte Zwecke zu kleiden und über einen »Komplex voneinander abhängiger, durch unbedingte Normen festgelegter Rollen« (ebd.: 108) zu verwirklichen. Hierzu entwickelt sie In-

stitutionen, deren funktionale Erfordernisse spezifischer Verhaltensweisen bedürfen, denen Rollenträger nachkommen. Übertragen auf Krankenhäuser ist damit das Krankenhauspersonal angesprochen, das die von der Gesellschaft gesetzten Zwecke, die sich aus der »Dauerbedrohtheit« (ebd.: 131) durch Krankheit ergeben und an die medizinische Wissenschaft wie den Erkrankten (der krank gewordene Mensch wird als Form sozialer Abweichung betrachtet) richten, in organisierter Form bereitstellen soll.

Nun ist – wie im organisationstheoretischen Abschnitt hinlänglich deutlich geworden sein sollte – kein Durchgriff der Gesellschaft, respektive ihrer Institutionen auf das unmittelbare Organisationsgeschehen zu erwarten. Dies bemerkt auch Rohde (vgl. ebd. 195ff.), wenn er unterschiedliche Motivlagen im Krankenhaus ausmacht (Motive der Institution, Motive der »Funktionssektoren«, »Funktionsgruppen« und »Einzelpersonen«) und diese Motivlagen weiter in verschiedene »Funktionskreise« des Krankenhauses differenziert. Diese sind horizontal (funktional) wie vertikal (hierarchisch) differenziert in drei wesentliche Kreise. Demnach werden die Leistungen des Krankenhauses durch einen ärztlichen, pflegerischen und verwaltenden Funktionskreis erbracht. Der *ärztliche* Funktionskreis ist primär auf die »diagnostischen und therapeutischen Ziele der Anstalt« (ebd.: 209) gerichtet und befasst sich dergestalt mit den hierfür notwendigen Handlungen, Prozeduren und Einrichtungen. Die nach »maximaler Effektivität« (ebd. 210) strebende ärztliche Arbeitsteilung im Krankenhaus vollzieht sich vor allem entlang *fachlicher* Grenzen. Die geläufigste Trennung ist die zwischen chirurgischen und internistischen Fachgebieten.

Der *pflegerische* Funktionskreis hingegen ist im hohen Maße an den medizinischen Abläufen orientiert und über die Rolle der Schwester darauf gerichtet, die Bedürfnisse der Patient*innen zu befriedigen, sie zugleich aber auch im Sinne der medizinischen wie ablauforganisatorischen Notwendigkeiten zu disziplinieren und kontrollieren. Insofern wird die Pflege auch von allen anderen Funktionskreisen »am stärksten […] mitbeansprucht« (ebd.: 211). Der dritte wesentliche Kreis zählt zu den »*Verwaltungsfunktionen*«, der eine »besondere, im wörtlichen Sinne penetrante Stellung hat« (ebd.: 212, Hervorhebung K. M.), da er das gesamte Gefüge des Krankenhauses durchdringt. Dem Verwaltungskreis obliegt es, die Existenz des Krankenhauses in rechtlicher (Eigentum), materieller (Arbeitsgegenstände), finanzieller und personeller Hinsicht zu sichern. *Vertikal* stellt sich die Binnendifferenzierung des Krankenhauses laut Rohde ungleich komplizierter dar, da sich *auf allen Hierarchieebenen* zwischen den drei Funktionskreisen (Patient*innen werden in Folge fehlender Autorität von Rohde diesbezüglich ausgeklammert, vgl. ebd.: 226) ein von »Fall zu Fall variables Autoritätsgefälle« (ebd.:225) bemerkbar machen kann. Letztlich steht aber, wie auch bei Mintzberg, der ärztliche Kreis als derjenige mit der größten Autorität da. Der Arzt sei aufgrund seiner benötigten Sachkennt-

nisse die »Schlüsselfigur« innerhalb des »Sozialgefüges des Gesundheitswesens« (ebd.: 247).

An oberster Stelle wird die formale Vertikalstruktur des Krankenhauses durch die *Krankenhausleitung* bestehend aus Verwaltungsdirektion, Ärztlicher Leitung und Pflegeleitung geformt. Wie zuvor im Modell der Expertenbürokratie bei Mintzberg ersichtlich war (3.3.2), hält auch Rohde an einem formalen Bild von Krankenhäusern fest, dass sie als stark dezentralisierte Organisationen mit zahlreichen relativ autonom arbeitenden Kliniken bzw. Instituten ausweist. Das hierarchische Liniensystem tritt also gegenüber einer stabsförmigen Organisation in den Hintergrund. Zur Leitungsebene zählt Rohde (vgl. ebd.: 222, Abb. 2) auch die Abteilungsleitungen, die auf ärztlicher Seite Chefärzte oder Leitende Oberärzte, bei der Pflege Oberschwestern genannt werden. Sie und das ihnen unterstehende Personal sind direkt auf die medizinische Behandlung gerichtet, die im Weiteren durch die jeweiligen Stationsleitungen mit dem dazugehörigen Stationspersonal organisiert wird. Hinzu kommen die pflegepezifischen Substrukturen und medizinischen Hilfseinrichtungen (wie OP, Pathologie, Radiologie, Laboratorien etc.) sowie weitere Verwaltungsabteilungen.

Interessant ist nun, dass die Formalstruktur des Krankenhauses in ein übergreifendes institutionelles Setting eingebettet ist, das von »Innenspannungen« und »Außenspannungen« geprägt wird. In den *Innenspannungen* gelten Rohde als besonders konfliktbehaftet die Beziehungen zwischen Pflegekräften und Ärzt*innen sowie die innermedizinischen Verhältnisse der einzelnen Fachbereiche zueinander. Die emotionalen Belastungen bzw. Sorgearbeit würden häufig vom ärztlichen an den pflegerischen Kreis delegiert, was sich auch auf die Frage auswirke, wie weit die Mittel der Medizin (Lebensverlängerung durch Einsatz maximaler Therapie) gegenüber den Wünschen der Patient*innen (stellvertretend durch die Pflegekräfte repräsentiert) ausgereizt würden. Diese von Rohde als *Zweckspannungen* bezeichneten Konflikte zwischen ärztlichen und pflegerischen Funktionskreisen rekurrieren wiederum auf die »entscheidende Spannungsfront«, die »›irgendwo zwischen den Funktionskreisen der Medizin und der Verwaltung verläuft« (ebd.: 323). Dieser apriorische »Generalkonflikt« leite sich aus dem Anspruch ab, einerseits die beste medizinisch-pflegerische Fürsorge zu erzielen und dies andererseits unabhängig von der »Zahlungskräftigkeit der ›Klientel‹« und mit Blick auf den »wirtschaftlich-finanziellen Bestand« des Krankenhauses zu erreichen (ebd.: 323f.). Rohde versteht den *Grundkonflikt* als ein *Gegensatz von Maximierung und Minimierung*: die Ausreizung medizinisch-pflegerischer Mittel »ohne Rücksicht auf ›Gewinn‹« steht »rationellen« und »einer wirklich ausgeglichenen Bilanz« (ebd.: 324) verpflichteten Sparsamkeitszielen entgegen.

Rohdes Betonung eines »Generalkonflikt« zwischen Medizin und Verwaltung belegt, dass schon das Krankenhaus wohlfahrtsstaatlicher Prägung von einer basalen Spannung durchzogen war, die der unbefleckten Einlösung professioneller

Fürsorgeziele stets Grenzen setzte. Zugleich kommt der organisierten Krankenbehandlung aus dieser Perspektive das vielfach verkannte Verdienst zu, die »Aufrechterhaltung der Ambivalenz« (Vogd et al. 2018: 14) zwischen maximaler Fürsorge und minimaler Mittelverwendung immer wieder auf ein Neues von Fall zu Fall geleistet zu haben. Rohdes Perspektive ist aber nicht zuletzt auch mit seiner starken Rezeption anglo-amerikanischer Krankenhausforschung zu erklären, in der bereits in der Mitte des 20. Jahrhunderts viele Beobachtungen zu der Auffassung neigten, dass »sich im Krankenhaus heutzutage alles in Geldfragen verwandeln lässt« (ebd.: 327). Zweckkonflikte laufen dabei insbesondere in den mit Autorität ausgestatteten Leitungspositionen der jeweiligen Funktionskreise zusammen, deren verhärtete Fronten auf einen »Mangel an Kommunikation« kapriziert werden. Neben fehlenden Möglichkeiten und einem Willen zur Kommunikation, sieht Rohde auch eine *fehlende Kommunikationsbasis* als ursächlich für die Bearbeitungsdefizite an. Dem medizinischen Expertenwissen des Arztes – seiner »Urteilsüberlegenheit« (ebd.: 330) – stehe das verwaltende Denken mit seiner Orientierung an betriebsökonomisch-bürokratischen Aspekten entgegen. Beiden Seiten müsse die jeweils andere Sichtweise notwendigerweise »undurchsichtig bleiben« (ebd.).

Für die Praxis der organisierten Krankenversorgung wiederum bedeutet dies ein sehr voraussetzungsreiches Wechseln zwischen oder gar Mitführen beider Perspektiven. Rohde (ebd.: 335) bemerkt zwar, dass einige Krankenhausabteilungen sich »gewissermaßen im Gleichmaß industrieller Fertigung oder auch bürokratischer Arbeitsabläufe« bewegen (vor allem die Verwaltungsabteilungen), aber insbesondere medizinisch-pflegerische Abteilungen von *ihren Zwecken* her »dauernd zu Extravaganzen gezwungen werden« und insofern dem »Prinzip der Regelmäßigkeit« abschwören und andere Abteilungen »stark irritieren« müssen. Laut Rohde obliegt die Bearbeitung dieser Irritationen wiederum nicht nur dem Verwaltungskreis, sondern dem gesamten Krankenhauspersonal. Sie findet sich insbesondere darin, zu »wissen, wann Regeln zu brechen sind« (ebd.: 335f.). Es wird hier – wie bereits zuvor (3.1) – der Zusammenhang von Regelmäßigkeit und Regelgemäßheit ersichtlich und die Frage, wann und weshalb der Regelbruch im Krankenhaus wiederum selbst zur Regel wird.

Auch Luhmann (1964) hatte etwa zur gleichen Zeit mit Blick auf die informelle Kooperation in Organisationen betont, wie sehr diese situativ auf »brauchbare Illegalität« abstelle und später (vgl. ders. 2006) herausgearbeitet, dass Organisationen dazu tendierten, sich die Zwecke, die sie jeweils brauchen, unbenommen gesellschaftlicher Erwartungen selbst zu konstruieren. Regeln zu brechen kann hier also zur situativen Norm werden, wenn das Leiden der Patient*innen es erfordert, wenn eine Abteilung nicht länger auf die eigentlich notwendige Zuarbeit einer anderen Abteilung warten kann (oder will) oder wenn diesbezügliche Anweisungen schlicht erteilt und umgesetzt werden. So herrscht im Krankenhaus häufig ein »Notstandsverhalten« vor, das auf situative Zwänge rekurriert, die der Durchset-

zung ärztlicher Zwecke in der Regel Vorschub leisten. Gleichzeitig ist dieses Verhalten selbst wiederum nicht vor einer Routine gefeit (im Sinne einer »routinization of emergency«, vgl. bereits Hughes 1951). Die Anerkennung von Notfallroutinen nimmt den ärztlichen Ausnahmen dann den Wind aus den Segeln und veranlasst andere Abteilungen, ihre eigene Zweckverfolgung nicht länger zurückzustellen. Auch wird so mit Blick auf die eben schon bemühte professionelle Kollegialität unter Ärzt*innen mit Rohde (und seinem Verweis auf Hughes) klar, dass es dort durch die Existenz von Partialzwecken immer wieder zu *professionellen Spannungen* kommt und somit davon auszugehen ist, dass deren Kooperation zugleich »the easiest and most difficult relationship to achieve« (Hughes 1961: 58, zit.n. Rohde 1974: 339) ist.

Der Kampf um die *richtigen* Zwecke entspringt stets einer bestimmten »Zweckformation« (ebd.: 336), die eine Abhängigkeit zwischen den einzelnen Abteilungen gebietet. Keine Abteilung kann ohne die anderen Abteilungen bzw. Funktionskreise ihre Arbeit verrichten. Die Abhängigkeit reicht jedoch für eine gelingende Kooperation nicht aus, wichtiger noch hierfür ist ein *gemeinsames Zielverständnis*. Im Rahmen der Arbeitsteilung im Krankenhaus eint alle Funktionskreise eine »Absolutsetzung des Speziellen« (ebd.: 339), das sie jeweils qua eigener Wissensdomäne vertreten, woraufhin das *Gemeinsame* unversehens aus dem Blick gerät. Es wird offensichtlich, dass »die Institution des Krankenhauses realiter selbstverständlich keine in sich harmonischen und spannungsfreien, reibungslos funktionierenden Gebilde« (ebd.: 340) erzeugt. Für Rohde liegt eine kooperative Lösung dieser Spannungen nun nicht in einem Entweder-oder, sondern in der Überwindung der »basic duality of hospitals« (Smith 1944) begründet. Das »Dilemma des Krankenhauses« ist auch aus seiner Sicht (wie oben unter 3.3.2 mit Rekurs auf Weber und Parsons schon anklang) im gleichzeitigen Vorhandensein mehrerer *funktionaler* Autoritätsregime begründet: das eine Regime ist professionell-egalitärer Natur und basiert auf der Autonomie und dem Expertenwissen der Ärzteschaft. Das andere ist bürokratisch-hierarchisch und rekurriert auf die industriellen wie bürokratischen Verfahrensregeln der Verwaltungsleitung. Beide sieht Rohde als funktional für Krankenhäuser an und doch beschwören sie den bereits dargelegten »Generalkonflikt« herauf. Um diesen (auch logischen) Widerspruch zu überwinden, gehe es um die Frage, wie »die *contradictio in adjecto*: hierarchische Struktur bei prinzipieller Gleichheit praktisch aufgelöst werden kann« (Rohde 1974: 370, Hervorhebung im Original).

Was die *Innenspannungen* innerhalb der Funktionskreise angeht, zeigt Rohde mit Verweis auf mehrere Studien, dass im ärztlichen Kreis »die Ausübung von unvermittelter Autorität in administrativen Dingen den professionellen Normen nicht zuwiderläuft«, solange die untergebenen Ärzt*innen über die Abnahme bürokratischer Aufgaben durch Vorgesetzte (z.B. Chefärzt*innen) froh sind, während professionelle Entscheidungen weiterhin der Autonomie der einzelnen Ärzt*innen

überlassen bleiben und Vorgesetzte hier nur im Modus der Beratung bzw. Konsultation intervenieren. Es sei demnach immer die »konkrete Verarbeitung der formellen Autoritätsstruktur« (ebd.) in Krankenhäusern zu betrachten. Mit Blick auf wesentliche *horizontale Spannungen* zwischen ärztlichem und Verwaltungskreis bringt Rohde die Pflege als ›Pufferzone‹ (ebd.: 349) ins Spiel, die aufgrund ihrer Scharnierfunktion einer janusköpfigen (»gespaltenen«) Loyalität zuneigen müsse. Auch informelle Gruppenbildungsprozesse können (etwa bei chirurgischen Operationsteams) ausgehend von der formalen Autoritätsstruktur als Brücken dienen, wenn sie »eine über das eigentlich Zweckgerichtete hinausgehende wechselseitige Kommunikation« (ebd.: 391) etablierten. Maßgebliche *vertikale* Spannungslagen erklären sich für Rohde aus dem schon angesprochenen dualistischen (gar triadischen) Autoritätsdilemma des Krankenhauses, das eine »relative Verselbstständigung der Funktionskreise widerspiegelt« (ebd.: 393). Der Tendenz nach käme es zu einer »faktischen Monopolisierung von Autorität, Macht und Entscheidungsgewalt durch einen Funktionskreis« (ebd.), wobei sich Rohde nicht darauf festlegt, welcher Kreis hier im Wettstreit die Nase vorn hat.

Für den Status der Patient*innen, der hier nicht ausgespart werden soll, konstatiert Rohde einen paradoxen Zwiespalt: »Seine legitimen Kranken-Ansprüche paralysieren seine Unterworfenheit. Seine ›Herrschaft‹ über das Krankenhausgefüge ist hingegen ohne ›Herrschaftswissen‹. Er gebietet, ohne in der Lage zu sein, Gebote erlassen zu können; denn er kennt nicht, was ihm zu Gebote steht.« (ebd.: 404). Die an seinen Leiden orientierte Krankenversorgung impliziert sodann eine vertikale Spannung, die letztlich auch davon abhänge, wie »Entscheidungs- und Kontrollbefugnisse« tatsächlich angewandt und welche kommunikativen Mittel bottom-up wie top-down eingesetzt würden. Auch wenn der ärztliche Kreis sicherlich als der privilegierte Kreis angesehen werden muss, wären für Analysen der faktischen Monopolstellung auch »die Auswirkung von Statusunsicherheit auf die sozialen Beziehungen und auf das Verhalten innerhalb der Handlungsbereiche, die den auf Grund ihrer Fremd- oder/und Selbsteinschätzung verunsicherten Positionsträgern aufgegeben sind« (ebd. 394), zu untersuchen. Das Thema der Unsicherheit kommt auch bei der Frage der faktischen Positionsverhältnisse wieder zum Tragen, nicht nur in der medizinischen Behandlung sowie bei Forschungshandeln.

Neben den Innenspannungen kommt Rohde auch auf wesentliche *Außenspannungen* des Krankenhauses mit seiner Umwelt zu sprechen. Allen voran nimmt er hier das Verhältnis der Krankenhäuser zu den ambulant tätigen Praxen (Allgemein- und Fachpraxen) sowie zu den Krankenversicherungen in den Blick. Aber auch das *Trägerverhältnis* ist von Bedeutung für die inneren Abläufe der Krankenhäuser. In der Regel kennt das Krankenhauswesen drei Trägerarten: öffentliche, freigemeinnützig-konfessionelle und private Trägerschaften. Die jeweilige Trägergruppe – ob nun ein Landrat (kommunaler Träger), eine Stiftung (freigemeinnützig) oder ein

DAX-Konzern (privat) – bringt sich mehr oder weniger in strategische Entscheidungen der Krankenhausleitung ein und kann durch Ressourcenbereitstellung, Verfahrenskontrollen und das Ausweisen von Zielen Spannungen herbeiführen und die tatsächlichen Aktivitäten der Krankenhausmitglieder beeinflussen. Weiterhin ist das Krankenhaus in verschiedene Kooperations- und Konkurrenzverhältnisse eingebettet. Eine bedeutende kooperative Rolle spielen die *niedergelassenen Praxen*, die als ›Zulieferbetrieb‹ (ebd.: 438) die Zuweisung von Patient*innen an die umliegenden Krankenhäuser maßgeblich prägen, genauso wie es die Rettungskräfte sind, die Notfälle in die Krankenhäuser bringen. Wohl ist das Verhältnis von Krankenhaus und Praxis auch von Konkurrenz geprägt. Die unbefriedigende Versorgung der Patient*innen durch das Krankenhaus fällt mitunter auch auf den niedergelassenen »Kollegen« zurück. Dieser dürfte sich veranlasst sehen, beim nächsten Mal in ein anderes Krankenhaus zu überweisen, bevor ihm die eigene Klientel abtrünnig wird. Das Verhältnis sei häufig geprägt vom »Moment der wechselseitigen Vorbehalte«: niedergelassene Ärzt*innen würden von Krankenhausärzt*innen oft als medizintechnisch-wissenschaftlich minderbefähigt angesehen, da diesen vor allem eine »Vermittlungsaufgabe« (ebd.: 445) sowie eine eher psychologisch orientierte Behandlungsweise zukomme. Dem »habitualisierten« (ebd.: 446) Mitgefühl der niedergelassenen Ärzt*innen den eigenen Patient*innen gegenüber erscheinen Krankenhausärzt*innen wiederum als »medizin-obsessiv und folglich als zu wenig ›ärztlich‹ (ebd.: 446f.). Der Anonymität und Zufälligkeit der Beziehungen zwischen niedergelassenen und Krankenhausärzt*innen, die vor allem über Arztbriefe, sporadische Telefonate oder vermittelt über Dritte (das weitere Kollegium oder eben Patient*innen und/oder Angehörigen) erzeugt wird, korrespondiert das stärkere »Realitätsbewußtsein« (ebd.: 451) der niedergelassenen Ärzt*innnen, die enger mit ihrer zu versorgenden Umgebung, den Patient*innen und ihren Familien, zusammenarbeiteten.

Ihr gemeinsames »Schicksal« (ebd.: 449) hingegen finden Krankenhäuser und Praxen in ihrer »Fesselung« an die *Krankenversicherungen*. Als charakteristisch zeichnet Rohde hier eine Ambivalenz, das von einer »geradezu verschwörerischen Solidarität einerseits und bis zum nun wirklich ökonomischen Konkurrenzstreben andererseits« (ebd.: 450) reichen kann. Dies beruht auf den Zuweisungsregeln, die festlegen, welche medizinische Indikation wo (stationär oder ambulant) zu behandeln ist. Die Ironie des Verhältnisses zeige sich am allseits bekannten »Kassenbetrug«, der darauf hinauslaufe, dass das »Verhältnis zwischen Freier Praxis und Krankenhaus vor allem dann ›stimmt‹, wenn das, was man der Krankenkasse berichtet, nicht stimmt« (ebd.: 451f.). Diesen und ähnlich gelagerten Verhältnissen wird auch in der empirischen Analyse nachgegangen (Kapitel 6). Die sehr aufschlussreichen und umfänglichen Erörterungen von Rohde sollen für eine erste Veranschaulichung des wohlfahrtstaatlichen Krankenhauses genügen. Nun wird sich den Veränderungen im Krankenhaussektor zugewandt, die sich schon in

Rohdes Analysen andeuten und seit den späten 1970ern kontinuierlich an Kontur und Intensität zugenommen haben.

4.2 Der neue gesundheitspolitische Ordnungsrahmen zwischen Rationalisierung und Rationierung

Die Gesundheitsausgaben in Deutschland überschritten 2017 erstmals den Umfang von einer Milliarde Euro, pro Tag (vgl. Destatis 2018a). Diese Zahl macht deutlich, dass der »Generalkonflikt«, den Rohde zwischen 1960 und 1970 maßgeblich innerhalb der Krankenhausmauern ausgetragen sah, nach wie vor äußerst aktuell ist. Er wird seither durch einen sich wandelnden politischen Diskurs befeuert, der sich einem neuen ordnungspolitischen Leitbild (vgl. Döhler/Manow 1997) in der Gesundheitspolitik verbunden fühlt (vgl. Klinke 2008). Der starke Anstieg der Gesundheitsausgaben in den Jahrzehnten nach der Gründung der BRD war, wie gezeigt wurde, eine Folge der umfangreichen Modernisierungsmaßnahmen, die kriegsbedingte Schäden und Investitionsversäumnisse beheben sollten. Die normativen Leitplanken[7] des mit dem KHG von 1972 erzielten föderalen Kompromisses zur dualen Finanzierung wurden allerdings bald auf ihre finanzpolitische Dimension verkürzt und durch die Rede von der »Kostenexplosion« in Frage gestellt.[8]

Darauf folgte ein »Wandel in der Krankenhauspolitik von der ›Bedarfsdeckung‹ zur ›Kostendämpfung‹« (Simon 2000a: 90), der die Frage aufwarf, wie Kostendämpfung zu erreichen sei. Der Diskurs verengte sich auf zwei prinzipielle Möglichkeiten, die Gesundheitsausgaben zu begrenzen: *Rationalisierung oder Rationierung*. Entweder sind also die Versorgungsleistungen effizienter und damit kostengünstiger durchzuführen oder aber die Versorgung der Bevölkerung mit medizinischen Leistungen muss eingeschränkt werden, wobei Ersteres bevorzugt wurde (vgl. Poszolt 1996). Die Kostendämpfungspolitik hatte bereits zu Zeiten der sozialliberalen Koalition unter Helmut Schmidt zwischen 1977 und 1982 begonnen (vgl. Klinke 2008: 76f.; Simon 2000a: 94f.). Begleitet durch makroökonomische Schocks

7 Wie oben bereits beschrieben, fallen hierunter: der »Sicherstellungsauftrag« des Staates; der »Versorgungsauftrag« der Krankenhäuser; die Finanzausstattung der Krankenhäuser »regelmäßig entlang des Bedarfs« sowie das »Selbstkostendeckungsprinzip« sparsam wirtschaftender Krankenhäuser.

8 Die Angemessenheit des Begriffs ergibt sich, wie Simon (2000a: 135) anmerkt, nicht aus absoluten, sondern relativen Ausgabenentwicklungen. Simon bestreitet dort (ebd.: 137) auf Grundlage des Verhältnisses der Gesundheitsausgaben zur Entwicklung des BIP eine derartige Kostenexplosion zwischen 1975 und 1990. Schaut man sich aktuelle Zahlen desselben Verhältnisses an, ist ihm beizupflichten: der Ausgabenanteil am BIP hat sich zwischen 1992 und 2016 nicht explosionsartig entwickelt, sondern lediglich moderat von 9,4 % auf 11,4 % erhöht (vgl. Destatis 2018b).

(Ölkrisen von 1973 und 1979/80, vgl. auch die Ausführungen weiter oben, 2.1.2) sowie einen volkswirtschaftlichen Abschwung Ende der 1970er Jahre, kam es zum Bruch der sozialliberalen Koalition, der maßgeblich auch von wirtschafts- und sozialpolitischen Differenzen getragen war.[9] In seiner ersten Regierungserklärung rief der neu gewählte Bundeskanzler Helmut Kohl eine »Politik der Erneuerung« aus und skizzierte diese wie folgt:

> »Die Ideologien der Macher und Heilsbringer haben den Wirklichkeitssinn im Lande nicht geschärft, die Selbstverantwortung nicht gestärkt und die geistigen Herausforderungen der Zeit verkannt. Wir brauchen wieder die Tugenden der Klugheit, des Mutes und des Maßes für die Zukunft unseres Landes. Die Frage der Zukunft lautet nicht, wieviel mehr der Staat für seine Bürger tun kann. Die Frage der Zukunft lautet, wie sich Freiheit, Dynamik und Selbstverantwortung neu entfalten können.« (BT-Drs. 6/1874 7215)

Diese von ihm als »geistig-politische Wende« bezeichnete Politik sah vor allem eine Haushaltskonsolidierung (u.a. durch ein »haushaltspolitisches Dringlichkeitsprogramm«) vor sowie eine Stärkung des Subsidiaritätsprinzips in den sozialen Sicherungssystemen. In der Gesundheitspolitik klang das so: »Zur Begrenzung des Kostenanstiegs in der gesetzlichen Krankenversicherung wird die Bundesregierung die Eigenbeteiligung beim Krankenhausaufenthalt auf 14 Tage erweitern. [...] Die sozialmedizinische Überprüfung von Krankschreibungen muß zur Stärkung des vertrauensärztlichen Dienstes verbessert werden. Meine Damen und Herren, wer krankfeiert, ohne krank zu sein, handelt unsolidarisch und unsozial. Wer einen anderen krank schreibt, obwohl dieser nicht krank ist, der beteiligt sich an der Ausbeutung des Versicherungssystems. [...] es ist unerläßlich, daß auch Ärzte, Zahnärzte, die pharmazeutische Industrie und Krankenhäuser zusammen mit den Versicherten ihren Beitrag zur Begrenzung des Kostenanstiegs im Gesundheitswesen selbst leisten. [...] Wir werden den Sozialstaat erhalten, indem wir seine wirtschaftlichen Fundamente festigen.« (ebd.: 7219) Wie dies ausgehend von der ausgegebenen Zielsetzung gelingen sollte, wird im nächsten Unterkapitel erläutert.

9 Siehe hierzu auch das sog. Lambsdorff-Papier von 1982, mit dem der damalige Wirtschaftsminister Otto Graf Lambsdorff (FDP) eine neue, angebotsorientierte Wirtschaftspolitik forderte und damit die sozialliberale Koalition aus SPD und FPD zu Fall brachte. Kurz darauf kam es zur Regierungsbildung unter Helmut Kohl und einer Koalition aus CDU/CSU und FDP.

4.2.1 Finanzierung: Budgetobergrenzen und leistungsorientierte, pauschalierte Entgelte

> »Zweck dieses Gesetzes ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen, qualitativ hochwertig und *eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern* zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.« (§1, KHG, letzte Fassung vom 17.7.2017, Hervorhebung K. M.)

Waren Kostendämpfungspolitiken noch bis Mitte der 1970er Jahre am Widerstand des Bundesrates bzw. der Länder gescheitert (siehe hierzu ausführlich Simon 2000a: 94-99), wurde 1977 das sog. Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) verabschiedet. Die Reformen dienten insgesamt jedoch zunächst der haushaltspolitischen Entlastung des Bundes und verschoben die Finanzlast auf die Länder, die nun wieder allein für die Investitionsförderung zuständig waren, und Krankenversicherungsträger. Eine wesentliche Weichenstellung für einen Strukturwandel sollte die »Kommission Krankenhausfinanzierung« der Robert-Bosch-Stiftung stellen, die 1983 einen Bericht vorlegte, der ganz im Sinne der Kohl'schen Regierungserklärung für mehr »Eigenverantwortung« in Gesundheitsfragen plädierte. Simon (2016: 32) fasst den Bericht als Vorschlag zusammen, »die staatliche Krankenhausplanung abzuschaffen und die Steuerung des Sektors dem Ergebnis von Preisverhandlungen zwischen Krankenhäusern und Krankenversicherungen zu überlassen«. Zur Preisbildung wären »Fallpauschalen« heranzuziehen, deren Berechnung *unabhängig* von der Kostenstruktur eines einzelnen Krankenhauses erfolgen sollte. Die Finanzierung der laufenden Kosten der Krankenhäuser würde so anstelle der bislang rückwirkend gezahlten, tagesgleichen Pflegesätze über »prospektiv wirksame Preise oder Gebühren (Leistungsentgelte)« (Wachtel 1983: 288) gesteuert. Diese eröffneten in der Folge die Möglichkeit wirtschaftlicher Gewinn- und Verlustverhältnisse, was für die Krankenhäuser einen Anreiz zur gesteigerten Wirtschaftlichkeit schaffe.

Es ging dennoch eine weitere Legislaturperiode vorüber, bis die Regierung Kohl 1987 eine »umfassende Strukturreform im Gesundheitswesen« ausrufen konnte. Zuvor hatte sie 1984 das Krankenhaus-Neuordnungsgesetz erlassen und dort erstmals das Selbstkostendeckungsprinzip zugunsten eines »Anspruchs auf Deckung der ›vorauskalkulierten Selbstkosten‹« (§ 4 Abs. 2 KHG i.d.F. des KHNG 1984, zit.n. Simon 2000a: 113) reformiert, womit sich *höhere Ansprüche an eine betriebswirtschaftli-*

che Kosten- und Leistungsrechnung der Krankenhäuser knüpfte. Auch wurde im Rahmen einer neuen Bundespflegesatzverordnung (1986) die volle Kostenerstattung zugunsten einer »flexiblen Budgetierung« abgelöst, womit Mehr- oder Mindereinnahmen aufgrund einer Über- oder Unterbelegung der Planbetten nur noch zu 75 % kompensiert wurden. Damit wurde erstmals die »Entstehung von *Gewinnen und Verlusten* im Krankenhaus zugelassen« (ebd.: 114, Hervorhebung im Original). Ein Preissystem wurde hingegen zunächst nur in Form pauschalierter Sonderentgelte etabliert, die Krankenhäuser zusätzlich zu den Pflegesätzen für besonders aufwendige medizinische Eingriffe beantragen konnten. Die Einführung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) im Jahr 1993 markiert dann den nächsten Schritt hin zu »eigenverantwortlich wirtschaftenden Krankenhäusern« (vgl. Eingangszitat oben). Diese durften von nun an auch ambulante Operationen sowie vor- und poststationäre Behandlungen durchführen. Auch die »Eigenverantwortung« der Versicherten wurde erhöht in dem Sinne, dass sie neben höheren Zuzahlungen von 1996 an die Wahlfreiheit besaßen, ihre Krankenkasse selbst zu wählen.

Die entscheidende Neuerung des GSG war allerdings die Einführung von *Budgetobergrenzen* für Krankenhausausgaben (siehe hierzu ausführlich Simon 2000a: 244-264). Die sog. »Budgetdeckelung« sah einen jährlich festzustellenden Maximalbetrag der Steigerung des Globalbudgets vor, das sich an der »Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen je Mitglied« (Simon 2016: 34) orientierte. Die Entwicklung der Ausgaben wird also strikt an die Entwicklung der Einnahmen gekoppelt (sog. »einnahmenorientierte Ausgabenpolitik«), die sich im Fall der Krankenkassen aus der Grundlohnsumme ergibt, womit die Summe der Pflichtbeiträge der Krankenversicherten gemeint ist, die diese über ihre Löhne und Gehälter abführen. Gesundheitsfinanzierung wird fortan nach dem Prinzip gestaltet, nur das Ausgaben zu können, was zuvor auch erwirtschaftet wurde. Darüber hinaus wurde damit der Forderung der Kommission Krankenhausfinanzierung nachgekommen, das Vergütungssystem von den tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser zu trennen. Wie Simon (2016: 34f.) darlegt, war die Verunsicherung in den Leitungsetagen der Krankenhäuser über das neu entstandene Verlustrisiko groß. Zunächst versuchte man hauswirtschaftliche Dienste per Outsourcing an privatwirtschaftliche Dienstleister abzutreten und dann unter günstigeren Konditionen wieder einzukaufen. Doch das Augenmerk richtete sich alsbald auf den eigentlichen Ausgaben- bzw. Vergütungsfaktor: die medizinischen Leistungen der Ärzt*innen. Die darauffolgende Diskussion läutete die Epoche der »medizinischen Leistungssteuerung« (Simon 1997) ein, denn von nun an hatten die Krankenhäuser es mit einer umgekehrten Anreizstruktur zu tun:

> »Nicht mehr auf dem Wege der Mengenexpansion, sondern – bezogen auf den einzelnen Behandlungsfall – dem der Leistungsminimierung können die Leistungsanbieter ihre Einkommen erhöhen, denn deren Höhe ergibt sich nun aus

der Differenz zwischen der prospektiv fixierten Vergütung und den entstandenen Behandlungskosten.« (Gerlinger 2014: 40)

Bislang konnten Krankenhäuser über die *zeitliche* Ausweitung des Aufenthalts der Patient*innen – der sog. Verweildauer – auf Grundlage tagesgleicher Pflegesätze Mehreinnahmen erzielen. Anders sieht es jedoch aus, wenn Krankenhäuser zunehmend unter der Maßgabe pauschalierter Sonderentgelte bzw. Fallpauschalen wirtschaften müssen. Die Vergütung erfolgt dann auf Grundlage tatsächlich erbrachter medizinischer Leistungen, die pauschal mit einem gewissen *ökonomischen Schlüssel* hinterlegt werden. Zwar beschloss das GSG nur eine teilweise Abkehr vom System der Pflegesätze, die von nun an in Basis- und Abteilungspflegesätze differenziert und als Tagespauschalen per »Divisionskalkulation« (Lachmann 2011: 29) errechnet wurden.[10] Doch die schrittweise Einführung pauschalierter Vergütungsformen[11] markiert den Einstieg (vgl. Simon 2000: 280ff.) in ein »für die Bundesrepublik ökonomisches und gesundheitspolitisches ›Neuland‹, das nicht unumstritten war.« Die Fallpauschalierung medizinischer Leistungen traf deshalb auf Skepsis und Kritik, weil vielerorts – nicht zuletzt auch aufgrund der Budgetdeckelung – eine »Überformung patientenbezogener Entscheidungen durch ökonomische Kalküle« (Simon 2016: 35) befürchtet wurde. In der Tagespresse tauchten immer häufiger (siehe Simon 1996 für eine Auswahl) Meldungen über kostenaufwändige Behandlungsfälle auf, die abgewiesen oder verlegt wurden, darüber, dass »Notfallpatienten abgewiesen, Indikationsstellungen aus ökonomischen Gründen ausgeweitet, […] planbare Operationen aus wirtschaftlichen Gründen verschoben oder Patienten vorzeitig entlassen bzw. verlegt wurden.« (Ebd.) Ob die *Fehlallokation in Form von Über- bzw. Unterversorgung* nun auf die Budgetierung und die teilweise Einführung pauschalierter Entgelte zurückzuführen oder eine Folge der immer größer werdenden Investitionslücke der Krankenhäuser ist (Trend zur monistischen Krankenhausfinanzierung[12]), oder beides, ist zunächst zweitrangig. Der gesund-

---

10 Die Pflegesätze ergeben sich aus der Division der Tagespauschalen mit den in den Budgetverhandlungen vereinbarten Pflegetagen pro Krankenhaus.

11 Zunächst wurden diese in Form von Pauschalzahlungen für Unterkunft und Verpflegung sowie Sonderentgelte für medizinische Eingriffe und Prozeduren geleistet, die zusammen genommen aber nur etwa 20 % des Krankenhausbudgets ausmachten.

12 Viele Beobachter*innen sprechen unter den derzeitigen Bedingungen der Krankenhausfinanzierung von einem Trend hin zur monistischen Finanzierung, da etwa nur noch etwa die Hälfte der Investitionsmittel tatsächlich öffentliche Zuschüsse der Länder darstellten, die restlichen Investitionen entweder unterblieben, durch Kreditaufnahme oder letztlich über Leistungsüberschüsse aus der Krankenbehandlung refinanziert würden (vgl. etwa Neubauer et al. 2010: 238ff; BDO 2015). Die öffentlichen Fördermittel der Länder nach §9 KHG fielen in der Höhe höchst unterschiedlich aus und hätten 2017 insgesamt einen »realen Wertverlust von mehr als 50 % gegenüber dem Jahr 1991« verzeichnet (vgl. DKG 2018: 73). Den steigenden Kosten der Krankenhäuser (bereinigt) sowie einem steigenden BIP steht demnach folgendes

heitspolitische Diskurs jedenfalls – nach vielen Jahren grundsätzlicher und später dann technischer Erörterungen – trieb die flächendeckende Einführung einer leistungsorientierten, pauschalierten Finanzarchitektur voran. 2003 wurde das bereits in den USA, Australien und anderen Ländern erprobte Fallpauschalen-System der Diagnose-Related-Groups (DRG) flächendeckend und als Ersatz für das Finanzierungssystem der Pflegesätze in Deutschland durch die erste Bundesregierung aus SPD und Bündnis 90/Die Grünen letztlich eingeführt. Wie das fallpauschalierte Entgeltsystem der DRG in Deutschland funktioniert, wird im nächsten Unterkapitel dargestellt.

4.2.2 Leistung: Kosten- und Qualitätswettbewerb auf Grundlage von DRG-Fallpauschalen und Pay-for-Performance

> »Wettbewerb im Gesundheitswesen nützt den Patientinnen und Patienten. Sie erhalten so eine größere Wahlfreiheit und am Ende eine bessere Behandlung. Wettbewerb im Gesundheitswesen ist also kein Selbstzweck, sondern der Weg zu einer besseren medizinischen Qualität, zu mehr Effizienz und zu weniger Bürokratie. Um dies zu erreichen muss der Wettbewerbsgedanke zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen, zwischen den Krankenkassen und im Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern – insbesondere zu Ärzten und Krankenhäusern – auch künftig gestärkt werden.« (BMG 2018c)

Die Einführung des flächendeckenden, pauschalierten Vergütungssystems nach DRG im Jahr 2003 stellt ohne Frage *das* einschneidende gesundheitspolitische Reformereignis der letzten beiden Jahrzehnte in Deutschland dar (siehe Rau 2009 für eine Diskussion der Auswirkungen). Es steht mit seiner endgültigen Ablösung des Selbstkostendeckungsprinzips auf Grundlage tagesgleicher Pflegesätze für das Ende eines über 20 Jahre währenden Reformprozesses in der politischen Leistungsbemessung und Vergütung von Krankenhausleistungen.

gegenüber: »So sank das im Bundesdurchschnitt zur Verfügung stehende Investitionsfördervolumen seit 1991 je KHG-Bett preisbereinigt um rund 32 %, je Einwohner um 51 % und je Krankenhausfall um 62 %« (ebd.: 76).

Das Ende markiert zugleich einen Anfang: Mit der Gesundheitsreform von 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz, GKV-GRG) beschloss die erste rot-grüne Regierungskoalition der Republik den endgültigen Einstieg in ein neuartiges System »medizinischer Leistungssteuerung« (Simon 1997), die auf der statistischen Erfassung und vergleichenden Kostenbemessung medizinischer Leistungen beruht. Diese sollten von nun an durch ein »durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Entgeltsystem« (§ 17b Abs. 1 KHG) vergütet werden. Es folgte das Fallpauschalengesetz (FPG) von 2002, das die Vergütung von Krankenhausleistungen von 2003 an schrittweise – 2003-2004 zunächst noch ohne Gewinn-/Verlust-Möglichkeit – auf diagnosebezogene Fallgruppen (»diagnose related groups«, kurz DRG) flächendeckend umstellte. Das deutsche System der Fallpauschalen (G-DRG) wurde nach dem australischen Vorbild (AR-DRG) des international bereits etablierten Vergütungssystems konzipiert und baut auf das Prinzip »Das Geld folgt der Leistung«. Anstelle pauschale Pflegesätze für den Aufenthalt der Patient*innen zu vergüten, sollten von nun an die *medizinischen Leistungen* mit Hilfe der DRG vergütet und damit die professionellen Tätigkeiten höchst selbst zum Ankerpunkt der Finanzierung werden.

Allerdings wurden die DRG ursprünglich gar nicht zur Finanzierung medizinischer Leistungen konzipiert, sondern stellten ein *Klassifikationssystem* für Patient*innen dar, das dem Krankenhausmanagement als Instrument der Qualitäts- und Kostenkontrolle (einem »activity based costing«, vgl. Chan 1993; Zeller et al. 1999) dienen sollte. Entwickelt hat die DRG Robert D. Fetter, ein studierter Elektroingenieur und langjähriger Professor für Industrie- und Krankenhausmanagement an der School of Organization and Management der Yale University, gemeinsam John D. Thompson in den späten 1960 und 1970er Jahren (vgl. Thompson et al. 1975; Fetter et al. 1976, 1977). Fetter war seit Mitte der 1960er Jahre in die Entwicklung des »Medicare Program«[13] involviert, welches 1983 als weltweit erste Krankenversicherung die DRG einführte.[14] Fetter beschrieb die über zwei Dekaden spannenden Arbeiten als Prozess des »measuring hospital production as a means of evaluating what takes place in the hospital« (Fetter 1991: 4). Die Aktivitäten des medizinischen Personals sollten in einen unmittelbaren Zusammenhang mit dem gebracht werden, was man bei produzierenden Industriebetrieben gemeinhin unter Produktivität bzw. Leitungsergebnis (Output) versteht. Er und seine Kollegen suchten also

13 Medicare ist seit 1965 die öffentliche Krankenversicherung in den USA für Menschen ab 65 Jahren und andere Gruppen.

14 Siehe Preston (1992) für eine Diskussion der Geburtsstunde des »clinical accounting«. Freidson (1976: 287) hatte sich schon wesentlich früher in vorausschauender Art und Weise kritisch zur Nutzung evaluativer Daten in Krankenhäusern geäußert: »I shall argue that the criteria for data relevant to evaluating human services must be very different from those relevant to evaluating the production of goods, but that criteria for the latter are likely to be used to account for health services.«

nach einer Möglichkeit, das *Produkt* von Krankenhäusern aus einer *ingenieurswissenschaftlichen* Perspektive messen und damit numerisch definieren zu können. Da bis dato keine überzeugenden Erklärungsansätze für das »rather strange cost behavior of hospitals« (Fetter 1993: V) vorlagen, näherten sich Fetter und sein Forscherteam den komplexen Vorgängen im Krankenhaus (den unzähligen Erkrankungen, Diagnostiken und Behandlungsmöglichkeiten) zunächst mit einer recht simplen Idee. Sie nahmen an, die Produkte eines Krankenhauses könnten sich aus *vergleichbaren* Versorgungsleistungen ergeben, die Patient*innen zuteilwerden. Ausgehend von Krankheitsbildern und darauf bezogenen Diagnosen sollten Patient*innen in homogene Gruppen von Ressourcenverbräuchen eingeteilt werden, denn man ging davon aus, dass vergleichbare Krankheitsmerkmale auch vergleichbare Behandlungsschritte (Prozeduren) und Eingriffe bzw. Therapien (Diagnostik, Medikation, Operationen) auslösen würden (vgl. Fetter et al. 1977, 1980; Fetter/Freeman 1986).

In einem ersten Schritt legten sie eine formale Definition des »Produkts« von Krankenhäusern vor und formulierten hierzu zwei Produktionsfunktionen (vgl. Fetter et al. 1986: 42, Abb. 1). Die erste besteht zunächst darin, dass Inputfaktoren wie Arbeit, Kapital und technische Ausrüstungen, vermittels effizienzorientierter Aktivitäten in zeitkritische Zwischen-Outputs (»intermediate outputs«) transformiert werden, worunter die Autoren etwa Laboruntersuchungen, Pflegearbeit oder Medikamentengaben fassen. In einem zweiten Schritt werden diese Zwischen-Outputs zum tatsächlichen Endprodukt des Krankenhauses zusammengesetzt, das sich als das auf Effektivität abzielende, am individuellen Patient*innenfall erbrachte »set« ärztlicher Diagnosen und Behandlungsentscheidungen darstellt. Um die formalen Definitionen letztlich auch mit den klinischen Notwendigkeiten zusammenzubringen – für eine ›clinical coherence‹ (ebd.: 44) der formal beschriebenen Krankenhausprodukte zu sorgen – teilten sie die Fälle in 23 Hauptdiagnosegruppen (»Major Diagnostic Categories«) und reduzierten damit die große Zahl unterschiedlicher Krankheiten beträchtlich. Die Klassifikation in 23 Hauptdiagnosegruppen ist entlang des von der jeweiligen Diagnose betroffenen Organsystems konstruiert und unterteilt sich davon ausgehend in Behandlungsschritte (»procedures«), Nebendiagnosen und Komplikationen, die im Verlauf der Behandlung ausgelöst werden. Im Mittelpunkt stehen hier die Ressourcenintensität der Behandlungsschritte, denn die Autoren waren daran interessiert, den »normal output of hospitals in a consistent and exhaustive manner« (Fetter 1993: V) statistisch zu berechnen. Dafür richtete man den Blick auf die *Gemeinsamkeiten* der Patient*innen und nicht auf ihre individuellen Unterschiede. Das Ziel war es, »normale« Mitglieder einer Diagnosegruppe mit dem dazugehörigen »normalen« Ressourcenverbrauch von denjenigen zu unterscheiden, die davon abweichen. Hierdurch würde sich der statistische Durchschnitt der Kostenstruktur eines Krankenhauses *aus den medizinischen Diagnose- und Behandlungsabläufen* selbst bestimmen lassen. Die zu Gruppen zusammengezogenen Krankheitsmerkmale der behandelten Fälle sollten

also vor allem deshalb klassifiziert werden, um die ihnen hinterlegten medizinischen Abläufe stärker miteinander vergleichen und unter Berücksichtigung von systematischen Abweichungen besser auf Qualität und Kosteneffizienz kontrollieren zu können.

Die *Normierung und Normalisierung* der organisierten Krankenversorgung gründet folglich auf der Präparation von *Produktlinien*, die relativ stabile Behandlungskosten aufweisen und es zulassen, den »Output« von Krankenhäusern verlässlich in Form von *Kalkulationen* zu bestimmen (vgl. Samuel et al. 2005). Die DRG liefern damit einen neuartigen Vergleichshorizont, der als »Kombination von *Gleichheitsunterstellung* und *Differenzbeobachtung*« (Heintz 2016: 164, vgl. weiter oben 2.2.3) der Industrialisierung von Krankenhäusern (hin zu »Krankenhausfabriken«, Vera 2009) den Weg ebnet. Dieser Entwicklung unterliegen ferner zwei wichtige Schritte, die das neue Krankenhaus weiter in Richtung eines tayloristischen Unternehmens formen sollten. Um die DRG zu einem Finanzierungssystem auszubauen, mussten die neuartigen Krankenhausprodukte zunächst bepreist werden. Der Gesetzgeber gründete hierzu 2001 gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft das eigenständig-gemeinnützige »Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus« (InEK). Es kalkuliert auf Grundlage der von sog. Kalkulationshäusern (2018 gab es bereinigt 282 Häuser, vgl. InEK 2018: 4) übermittelten Daten die Vergütungen bzw. Preise für die einzelnen DRG, indem es deren »Relativgewichte« sowie Zu- und Abschläge rechnerisch bestimmt. Die Relativgewichte (auch »Kostengewichte« bzw. »cost weight« genannt) geben die Ressourcen- bzw. Kostenintensität der Fälle an, die sich wie oben besehen aus den notwendigen Diagnose- und Behandlungsschritten ergeben und mit einem sog. Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS[15]) hinterlegt sind. Die Gewichte werden zu einem »Basisfallwert« addiert, den das InEK ebenfalls berechnet. Dieser setzt sich zusammen aus den auf Landesebene durch die Landeskrankenhausgesellschaften vereinbarten Landesbasisfallwerten, den an das InEK übermittelten jährlichen Landesbudgets und der Summe der dort enthaltenen Kostengewichte.

Die Zu- und Abschläge beziehen sich auf die durchschnittliche Aufenthaltszeit der Patient*innen, die sog. *Verweildauer*, die mit der Einführung des Fallpauschalensystems erheblich reduziert werden sollte. Liegen Patient*innen mit einer spezifischen DRG kürzer als im (ebenfalls vom InEK) errechneten Durchschnitt üblich im Krankenhaus, wird die sog. »untere Grenzverweildauer« unterschritten,

15 Der OPS wird vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) veröffentlicht. In der aktuellen Version von 2019 werden erfasst: »Diagnostische Massnahmen«, »Bildgebende Diagnostik«, »Operationen«, »Medikamente«, »Nicht operative therapeutische Massnahmen« und »Ergänzende Massnahmen«. Der OPS baut auf der Internationalen Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (ICPM) auf.

berechnet die zuständige Krankenkasse dem Krankenhaus einen Abschlag. Umgekehrt wird dem Krankenhaus ein Zuschlag gewährt, wenn sich Patient*innen überdurchschnittlich lange aufhielten und damit die »obere Grenzverweildauer« überschritten. Die Errichtung eines statistischen Korridors für Krankenhausaufenthalte soll sicherstellen, dass Patient*innen weder zu früh (»blutig«) entlassen werden, noch, dass Krankenhäuser durch längere Aufenthalte (etwa bei von der Norm abweichenden, komplizierten Erkrankungen mit hohen Komplikationsraten) allzu große finanzielle Nachteile davontragen.

Die Verknüpfung der DRG mit relativen Kostengewichten und Verweildauerraten kulminiert in der Ermittlung einer jährlichen Leistungssumme, die *prospektiv* zwischen dem Krankenhaus und Krankenkassenvertreten verhandelt und im Rahmen des gültigen Krankenhaus- und Bettenplans festgesetzt wird. Auch wenn Fetter et al. dies zunächst nicht im Sinn gehabt haben (vgl. Samuel et al. 2005), werden die bepreisten Krankenhausprodukte – die spezifischen Operationen und Prozeduren (OPS) pro DRG bzw. Fall – somit zu *warenförmigen Handelsobjekten*, denn Krankenkassen können nun mit den Krankenhäusern vertragliche Abschlüsse über in der Zukunft zu erbringende Leistungen erzielen. Auf Grundlage des errechneten *Case-Mix-Index*, der die durchschnittliche Fallschwere aller behandelten Fälle pro Jahr für ein Krankenhaus angibt, können Krankenkassen Vergleiche zwischen Krankenhäusern ziehen und Versorgungsverträge für das nächste Jahr abschließen. Die Projektionen über ein zu erfüllendes Leistungskontingent sollen gesundheitspolitische Finanzplanungen und die volkswirtschaftliche Bemessung von Versorgungsleistungen zugleich erleichtern.

Diese Entwicklung steht auch in Zusammenhang mit dem Aufkommen der *Gesundheitsökonomie*, die Gesundheitspolitiken verstärkt unter Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten ökonometrisch analysiert und zusammen mit Teildisziplinen der Public Health Forschung (z.B. Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung) ihre Expertisen als Beratungsleistungen zur Verfügung stellt.[16] Bereits 1963 hatte sich Kenneth Arrow als erster prominenter Ökonom in seinem Artikel »Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care« dem Thema Gesundheit angenommen und auf einige herausfordernde Eigenheiten der Gesundheitsversorgung hingewiesen. Seine Quintessenz: Gesundheitsmärkte sind nicht wie »normale« Märkte zu betrachten, denn »risk and uncertainty are, in fact, significant elements in medical care« (ebd. 946). Er ruft *Unsicherheit* als konstitutives Element der Gesundheitsversorgung aus, wenn er schreibt, dass »virtually all the special features of this industry, in fact, stem from the prevalence of uncertainty« (ebd.). Gesundheitsversorgung verfahre daher nicht unter der Prämisse der

16 Ein Blick in die Besetzung des Sachverständigenrats (Stand 2019) zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen etwa zeigt, dass ein Großteil der Ratsmitglieder einen wirtschaftswissenschaftlichen bzw. gesundheitsökonomischen Hintergrund mitbringt.

»optimality« effizienter Marktkoordination. Zentral für Gesundheitsleistungen sei vielmehr deren »nonmarketablity of the bearing of suitable risks and the imperfect marketability of information« (ebd.: 947). Aus Sicht einer axiomatischen Wirtschaftstheorie entstehen Gesundheitsleistungen also unter höchst unsicheren Bedingungen: Medizinische Informationen können nicht ohne Weiteres über den Marktmechanismus gehandelt werden, da eine ausgeprägte Wissensasymmetrie zwischen Anbietern (z.B. den Ärzt*innen) und Nachfragern (z.B. den Patient*innen) besteht und es zudem an Möglichkeiten fehlt, die inhärenten Risiken der individuellen Krankenversorgung angemessen bewerten (sprich: bepreisen) zu können: »the recovery from disease is as unpredictable as is its incidence« (ebd.: 951). Arrow sah den Widerspruch und konstatierte, dass »the social adjustment towards optimality thus puts obstacles in its own path« (ebd.: 947). Der Versuch, die Krankenversorgung nach dem Prinzip eines Kapital- oder Gütermarktes zu konzipieren, erscheint für eben diese Versorgungsleistungen als hinderlich und daher in sich widersinnig. Arrow – als Ökonom – verteidigte daraufhin die nichtmarktbasierte Koordination im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung, die für ihn auf »convergent expectations [...] greatly assisted by having clear and prominent signals« beruhte. Diese Signale erzeugten Verhaltensweisen, welche »not in themselves logical necessities for optimality« (ebd.: 966) seien.

Nichts desto trotz hat die Gesundheitsökonomie eine rasante Entwicklung vollzogen und ihre Analysen dabei stets aus den »Kernelementen neoklassischer Wirtschaftstheorie aus mikro- und makroökonomischer Sicht« (Greiner 2011: 329) aufgebaut. Fortan wurde sich darauf konzentriert, wie das Marktversagen bei der Gesundheitsversorgung (Abwesenheit eines Pareto-Optimum bei vollständiger Konkurrenz, Information und freiem Markteintritt) zugunsten eines funktionierenden Marktes korrigiert werden kann. Eine grundlegende Prämisse hierzu lautet: »Erst wenn die Knappheit als Grundprinzip auch für das Gesundheitswesen anerkannt ist, ergibt die Beschäftigung mit gesundheitsökonomischen Konzepten Sinn.« (Ebd.) Um eine Gesundheitsökonomie als Rechendisziplin überhaupt operabel zu machen, muss also zunächst eine politische *Anerkennung* der Existenz von Knappheit im Gesundheitswesen erfolgen. Erst dann macht sie überhaupt »Sinn«. Mit Blick auf das Eingangszitat des Bundesgesundheitsministeriums kann die Anerkennung von oberster Stelle als offiziell erteilt gelten:

> »Wettbewerb im Gesundheitswesen nützt den Patientinnen und Patienten. Sie erhalten so eine größere Wahlfreiheit und am Ende eine bessere Behandlung. Wettbewerb im Gesundheitswesen ist also kein Selbstzweck, sondern der Weg zu einer besseren medizinischen Qualität, zu mehr Effizienz und zu weniger Bürokratie. Um dies zu erreichen muss der Wettbewerbsgedanke zwischen den Anbietern medizinischer Leistungen, zwischen den Krankenkassen und im Verhält-

nis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern – insbesondere zu Ärzten und Krankenhäusern – auch künftig gestärkt werden.« (BMG 2018c)

Wettbewerb erscheint hier als gesundheitspolitischer Alleskönner, der sämtliche Widersprüche zur Seite schiebt und lang verfochtene Verteilungsprobleme *en passant* auflöst. Er wird hier – um mit Latour (2014: 542) zu sprechen – als »Metaverteiler« inthronisiert, als übergeordnete, aggregierte Ebene der Rationalität, die angerufen wird, »damit sie ›endlich Ordnung‹ in die Konfusion der Organisationen bringen« kann. Erst wenn alle Akteur*innen des Gesundheitswesens *so tun, als ob* ein Wettbewerb zwischen ihnen besteht, erst wenn ein Glaube an die Existenz der Knappheit genügend verbreitet und anerkannt ist, erst dann kann die rationalistische »Vorsehungsökonomie« (Latour 2014: 616) in Kraft treten und ihren Zauber vollbringen. Die Nähe des Wettbewerbsgedankens zur Idee der Knappheit liegt dabei auf der Hand, wenn man sich erneut die oben bereits bemühte klassische Definition der Ökonomik von Robbins (1932: 15) vor Augen führt: »Economics is the science which studies human behaviour as a relationship between ends and scarce means which have alternative uses«. Ökonomische Verhältnisse ergeben sich aus *knappen* Mitteln und *konkurrierenden* Zielen, über deren Verteilung entschieden werden muss. Diese einfache Formel einer sich selbst einstellenden Rationalität der ökonomistischen Rechendisziplin wird im Zitat des BMG geradezu paradigmatisch auf das Gesundheitssystem übertragen.

Unter dieser Prämisse untersucht die Gesundheitsökonomie einerseits Forschungen zu Versorgungsleistungen sowie die sie erbringen Einrichtungen (Krankenhäuser, Arztpraxen, Apotheken) und betreibt andererseits gesundheitsökonomische Evaluationen und Expertisen zu der Frage, wie der Staat als Rahmensetzer in die bereits als etabliert vorgestellten Gesundheitsmärkte sinnvoll eingreifen kann (vgl. Fleßa/Greiner 2013: 151-160). Der Staat kann nach gesundheitsökonomischer Lesart vor allem über die *Preisgestaltung* sicherstellen, dass sozialpolitische Ziele der Gesundheitspolitik – etwa die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung mit Gesundheitsleistungen unabhängig vom Einkommen – gegenüber den negativen Auswirkungen einer Marktpreisbildung erreicht werden. Genau so verhält es sich dann auch im deutschen Gesundheitswesen: die Vergütung von Versorgungsleistungen vermittels DRG ist als »administriertes Festpreissystem« (Neubauer et al. 2010: 239) konzipiert, in dem bundesweit festgelegte Kostengewichte mit einem Basisfallwert zusammengenommen ein einheitliches, politisch reguliertes Vergütungssystem ausmachen.[17] Gleichzeitig ist eine solche politische

17 Neubauer et al. (2010: 241) halten das etablierte System der Festpreise allerdings für volkswirtschaftlich ineffizient, denn der Preis verliere »mit der Einfuhrung eines vorgegebenen Einheitspreises seine Funktion, das Gleichgewicht zwischen Versorgungsbedarf und -angebot herzustellen«. Über-, Unter und Fehlversorgung seien die zwangsläufige Folge und nicht »mehr Wettbewerb«. Sie meinen: »Statt einer weiteren staatlichen Preisvorgabe ist

Preissteuerung nicht unproblematisch, läuft sie doch volkswirtschaftlich auf ein *Nullsummenspiel* hinaus:

> »Die einzelnen Fallpauschalen sind bei der gesundheitspolitischen Vorgabe eines Globalbudgets qua Orientierung an einem statistischen Mittelwert so adjustiert, dass *kein* Win-win-Spiel entstehen kann, denn die Konzeption der Mittelwerte impliziert, dass die meisten Fälle *darüber-* oder *darunter* liegen. Die Anlage des Kalküls produziert zwangsläufig ökonomische Verlierer, die mittelfristig gezwungen sind, das Feld zu verlassen, und Gewinner, die Renditen einstreichen können, die sich dann gegebenenfalls profitversprechend reinvestieren lassen, ohne dass die Entscheidung, welche Einrichtung den Markt verlassen muss, an Qualitätskriterien rückgebunden wird – es trifft eben den, den es trifft.« (Bode/Vogd 2016: 4f., Hervorhebungen im Original)

Begrenzt man also die Mittel für Gesundheitsausgaben (mit dem Ziel der Beitragsstabilität) und errichtet gleichzeitig ein System fester Preise, das den (mengenmäßigen) industriellen Produktionsoutput eines Krankenhauses im Durchschnitt vergütet, begründet man eine *Kosten- bzw. Leistungskonkurrenz* zwischen den Krankenhäusern, ohne angeben zu können, *weshalb* Krankenhäuser über- oder unterhalb des Preiskorridors landen. Mit anderen Worten: die Unterstellung einer gesundheitsökonomischen Knappheit, die dann auf ein zu berechnendes Marktgleichgewicht zuläuft, ist mit Blick auf die Leistungserstellung genauso problematisch wie die gesundheitspolitische Leistungssteuerung durch Einheitspreise, die genau wie die Preisbildung am Markt zu nicht-intendierten, evolutionären Anpassungsprozessen führt. Man entlässt Krankenhäuser in beiden Modellen weitestgehend in ihre *Eigenverantwortung*, obwohl das System der administrierten Festpreise seine Tücken hat: Auch wenn die Vergütung durch DRG als lernendes System[18] angelegt ist, erklären die DRG doch nur etwa 75 % der Kostenunterschiede zwischen den Krankenhäusern und weisen auch innerhalb der Fallgruppen eine Kostenvarianz von bis zu 50 % auf (vgl. Neubauer et al. 2010: 241). Krankenhäuser werden damit auf die DRG verpflichtet, obwohl diese sich in Sachen rationaler Berechenbarkeit

---

vielmehr eine Flexibilisierung des Vertragsrechts notwendig. Kassen und Krankenhauser- sollten sollten mehr Möglichkeiten erhalten, Leistungen und Preise individuell zu vereinbaren.« Siehe zum Verweis auf Gleichgewichtsmodelle und die Normativität wirtschaftswissenschaftlicher Theorebildung die Kapitel 2.1.1 und 2.1.2.

18 Das InEK entwickelt die DRG kontinuierlich fort. Neben der jüngsten Entwicklung von Investitionskostenpauschalen, werden auch die DRG kontinuierlich weiter differenziert. Mittlerweile existieren (Stand G-DRG System 2019, vgl. InEK 2018: 4) insgesamt 1271 DRG im Fallpauschalen-Katalog. Im Vergleich zum Start der G-DRG mit 664 Fallpauschalen ist dies eine Steigerung um 51 %. Somit hat das Fallpauschalensystem beträchtlich an Komplexität zugenommen, was auch den Aufbau von Rechen- und Controllingkapazitäten in Krankenhäusern miterklärt.

als »leaky black boxes« (Callon/Latour 2006; Lowe 2001), als »undichte« und fragile Technologie erweisen, die in der Praxis unterschiedlich verwendet und interpretiert wird, deren Kongruenz immer wieder auf ein Neues aktiv hergestellt werden muss, was zu Unsicherheiten führen und Widerstand erregen kann (bzw. bereits erregt hat und immer noch regt, wie sich später im empirischen Teil noch zeigen wird).

Der Gesetzgeber hat dies erkannt und das Ziel ausgegeben, die Mengenvergütung durch DRG zukünftig durch das Modell des »Pay-for-Performance« (P4P) (siehe Weigel 2018 für eine überblickhafte Diskussion des Begriffs; Milstein/Schreyögg 2016 für ein Review bereits etablierter P4P-Programme in 14 OECD-Ländern) sowie eine die Pflege in Krankenhäusern stärkende Personalkostenvergütung zu ergänzen.[19] Anhand standardisierter Qualitätsindikatoren sollen Krankenhäuser folglich für den Grad der gemessenen Behandlungsqualität positiv wie negativ sanktioniert werden. Eine passende »Indikatorik« wird seit wenigen Jahren vom Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitet, der Ausgang ist allerdings noch offen, da noch vieles umstritten ist, etwa, ob man sich bei der Bemessung an Prozess- oder Ergebnisindikatoren orientieren sollte.

Welche Variante auch letztlich gewählt wird, unmissverständlich geht damit eine Vertiefung des epistemischen Kurzschlusses [DK] als Ausbau einer politischen Steuerungs- und Kontrollarchitektur einher, die *quantitative Qualitäts- und Leistungsindikatoren für die Realität der medizinischen Behandlung selbst* hält, welche hierüber nicht nur nach guten und schlechten »Performances« differenziert, sondern auch noch über geldwerte Vor- oder Nachteile sanktioniert werden soll. Bis der politische Prozess abgeschlossen ist aber bleiben DRG-System und Globalsteuerung anhand fixierter Preise die zentralen ordnungspolitischen Einrichtungen. Krankenhäuser und die in ihr tätigen Ärzt*innen und Pflegekräfte finden sich daher bis auf Weiteres in einer »Doppelwirklichkeit« (Bode 2010a: 203) wieder: Einerseits sind sie nach wie vor einer »wohlfahrtsstaatlichen Infrastrukturfunktion« (ebd.) verpflichtet, andererseits aber sieht sich die organisierte Krankenbehandlung neuen wettbewerblichen Anreizen und Bewertungskriterien von Seiten der Gesundheitspolitik und -ökonomie gegenüber.

Auch innerhalb der Medizin hat sich mit der *evidenzbasierten Medizin (evidence-based medicine, kurz EBM*) im Laufe der 1980er und 1990er Jahre ein Feld entwickelt, das die medizinische Autonomie der Ärzt*innen herausfordert (vgl. Vogd

19 Siehe exemplarisch die Rede von Jens Spahn auf dem DRG Forum 2018, die seine erste offizielle Rede als neu ernannter Gesundheitsminister darstellte und in der er seine Unterstützung für das DRG-System und Pay-for-Performance-Modelle zum Ausdruck brachte. Zur Personalkostenvergütung, die Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System herausrechnen und krankenhausindividuell beziffern soll, siehe den Koalitionsvertrag (99f.) zwischen CDU, CSU und SPD der 19. Legislaturperiode.

2002; siehe grundlegend Cochrane 1972). Nicht zuletzt aufgrund der empirischen Feststellung, dass ärztliche Praktiken hinsichtlich Qualität, Effektivität und Effizienz deutliche *statistische* Unterschiede aufweisen (vgl. Corallo et al. 2014 für einen Überblick in OECD-Ländern), sollen medizinische Entscheidungen mit Hilfe experimenteller Erkenntnisse und randomisierter medizinischer Kontrollstudien der EBM standardisiert werden.[20] Der Gesetzgeber hat dieser Entwicklung ebenfalls Nachdruck verliehen, als er im Jahr 2000 erstmals evidenzbasierte Leitlinien für Programme zur Behandlung chronisch Erkrankter erließ.

Innerhalb des Krankenhauses hat die »medizinische Leistungssteuerung« (Simon 1997) ebenso starken Auftrieb erhalten. Krankenhausärzt*innen und Pflegekräfte sind Zeugen des Einzugs einer neuartigen Betriebswirtschaft geworden, der daran gelegen ist, medizinische Leistungen als DRG-Produkte auf Effizienz und Profitabilität hin zu steuern und mithilfe von Instrumenten des Controllings, insbesondere der Kostenrechnung (siehe z.B. Brösel et al. 2004), das *optimale Verhältnis* von Zwecken und Mitteln im Krankenhausbetrieb zu definieren. In der Literatur wird grundsätzlich daraufhin gewiesen, dass dies die professionellen Praktiken von Ärzt*innen (Kurunmäki, 2004) und Pflegekräften (Manzei 2009) fundamental herausgefordert und mannigfaltige Widerstände mobilisiert (Doolin 1999, 2004; Wahyudi 2009) habe, unter bestimmten Bedingungen aber auch in ein gelingendes politökonomisches Regime überführbar sei (Lehtonen 2007). Für Ökonomisierungsprozesse in Krankenhäusern (für einen Überblick siehe Numerato et al. 2012) bedeutet dies, dass neben der Hypothese einer Kommensurabilität (vgl. Brewer 1996; Hoff 2001) auch häufig vom gegenteiligen Trend zur Deprofessionalisierung infolge einer »Managerialisierung« professioneller Praktiken die Rede ist, was dann auf das weiter oben diskutierte Diktum der »feindlichen Übernahme« (vgl. Schimank/Volkmann 2017, 2.2.1) hinausläuft (vgl. für den Ärztestand Bollinger 2018: 85-101; für das Krankenhaus insgesamt Scott et al. 2000; Wilkesmann et al. 2018; für öffentliche Dienstleistungen allgemein Pollitt 1993; Haug 1988).

Jenseits der Deprofessionaliserungsthese sind aber auch Arbeiten vorgelegt worden, die professionelles Handeln ambivalenter beschreiben, etwa als verhandlungsorientierten »hybrid professionalism« (vgl. Kitchener 2000; Noordegraaf

20 Cochrane (1972: 81f.) faßt dies so zusammen: »At present the medical profession enjoys very considerable freedom in the NHS. [...] I imagine that if the research results [randomisierter klinischer Studien, Anm. K. M.] are implemented there will be a considerable limitation of this freedom. Indications for prescriptions, diagnostic tests, admission, length of stay in hospital etc., will get more and more clearly defined and a sort of ›par for the course‹ associated with each group of signs and symptoms will be established, and those doctors with too many ›strokes‹ above or below ›par‹ will be asked to justify themselves before their peers.« Mittlerweile sieht es so aus, als müssten Ärzt*innen sich vor allem vor Krankenhausmanager*innen und –controller*innen mit Blick auf zu erreichende Leistungsziele für derlei Abweichungen verantworten. Hierzu mehr in den empirischen Analysen, Kapitel 6.

2007; Mo 2008), als Schnittstelle zwischen unterschiedlichen Kontrollkulturen (Abernethy/Stoelwinder 1990), als »strategic adaptation« bzw. »co-optation« (Waring/Currie 2009; Andersson/Liff 2018) oder als komplexe Praxis der Unsicherheitsbewältigung (vgl. Witman et al. 2010; Vogd 2011a; 2018: 55-67). Umgekehrt ist die Praxis des Managements weniger eindeutig, als es in Ökonomisierungsdiskursen oft schematisch angenommen wird (siehe Vogd et al. 2018: 160-218). So können sich Managementinstrumente als ineffektiv und damit ungeeignet für die Steuerung professioneller Akteur*innen herausstellen (Kurunmäki 2004) oder Einflusszonen werden im Sinne einer »soft bureaucracy« (Courpasson 2000) so arrangiert, dass dezentral verortete, professionelle Entscheidungsautonomien mehr oder weniger gewahrt bleiben. Wie das Aufkommen der neuen gesundheitsökonomischen Rechendisziplinen sich auf die Organisationsentwicklung von Krankenhäusern auswirkt, wird im nächsten Unterkapitel etwas genauer dargestellt.

4.2.3 Organisation: »managed care« und Case-Mix-Accounting auf der Suche nach Optimalität

> »The disaffection with managed care largely rests on the growing tension of split responsibilities of doctors, who, on the one hand, are often employed by a market-driven company seeking to reduce costs (and increase profits), and, on the other hand, have a relationship with their patients that calls upon a more ancient affiliation, where the cost issue is subordinated, if not moot.« (Tauber 2003: 487)

Die organisierte Krankenversorgung befindet sich angesichts der tiefgreifenden Strukturreformen im Gesundheitswesen in einem Transformationsprozess (vgl. Vogd 2011a). Die Expertenbürokratie unter medizinischer Ägide wird zunehmend zu einem Betrieb der »managed care« (vgl. Scott et al. 2000) umgebaut. Diese neue Form setzt sich aus unterschiedlichen Komponenten zusammen:

- Krankenhäuser sind heute in aller Regel in einer privatrechtlichen Form (meist als GmbH) aufgestellt (siehe Prütz 2010 für eine Darstellung der unterschiedlichen Rechtsformen in Krankenhäusern). Selbst öffentliche Träger wandeln ihre Krankenhäuser sukzessive in privatrechtliche Formen um und geben damit Einfluss an die Krankenhausleitungen vor Ort ab: Wo zuvor etwa ein Landrat

Entscheidungen eines kommunal getragenen Hauses maßgeblich beeinflussen konnte, ist dies heute in der Regel einer Geschäftsführung vorbehalten, die sich in einem gewissen Rahmen unabhängig von einem Gesellschafterkreis oder Verwaltungsrat betriebswirtschaftlich bewegen kann (man spricht von einer »Organisationsprivatisierung«, was nicht mit einer Privatisierung der Trägerschaft zu verwechseln ist, vgl. Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages 2014: 29). 2017 waren 59,8 % aller öffentlichen Krankenhäuser in privatrechtlicher Form, 25,2 % rechtlich selbstständig und 15 % rechtlich unselbstständig organisiert. Seit 2002 (seither wird die Rechtsform der öffentlichen Krankenhäuser erfasst) ist dies für die privatrechtliche Form ein Plus von knapp 50 Prozentpunkten, der Anteil lag hier nur bei 28,3 %. Rechtlich unselbständig waren 2002 hingegen noch 56,9 % aller öffentlichen Krankenhäuser, was einem Rückgang von knapp 40 Prozentpunkten im Vergleich zu 2017 entspricht (vgl. DeStatis 2018c: 8ff.).

- Was die üblichen Trägerformen (freigemeinnützig-konfessionell, öffentlich und privat) angeht, zeichnet sich ein klarer Trend zur Privatisierung und zu größeren Trägern bzw. Klinikkonzernen mit mehreren Krankenhäusern ab. Während der Anteil privater Träger 1991 noch bei 14,8 % lag, waren 2017 37,1 % aller Krankenhäuser in privater Hand. Im gleichen Zeitraum sank der Anteil öffentlicher Häuser von 46 % auf 28,8 %. Der Anteil freigemeinnützig-konfessioneller Häuser schwächte sich nur geringfügig von 39,1 % auf 34,1 % ab. Dieser Trend spiegelt sich allerdings in der Verteilung der Bettenkapazitäten noch nicht wider: 2017 hatten private Krankenhäuser lediglich 18,7 %, freigemeinnützige-konfessionelle Häuser 33,2 % und öffentliche Krankenhäuser 48 % aller Planbetten in Deutschland inne (vgl. ebd.: 11).
- Die durchschnittliche Verweildauer hat sich zwischen 1991 und 2017 um knapp 50 % auf 7,3 Tage verkürzt, während die Fallzahlen um über 30 % im Vergleichszeitraum gestiegen sind und zuletzt bei 19,4 Millionen lagen. Die Bettenauslastung hat sich im gleichen Zeitraum um knapp 10 % auf 77,8 % verringert (vgl. ebd.).
- Die alte Krankenhausleitung, bestehend aus Verwaltungs-, Arzt- und Pflegedirektion (siehe 4.1.2) und alle darunter angesiedelten Abteilungsleitungen *unterstehen* angesichts der GmbH-Struktur heute in aller Regel einer Geschäftsführung, die alle Unternehmensangelegenheiten letztlich einer Person überantwortet (sog. »Singularinstanz«) und deren Aufgabe es ist, ein vom ärztlichen Professionalismus unabhängiges *Organisationsinteresse* zu erzeugen und durchzusetzen; für private Träger heißt dies: »primäres Ziel der betrieblichen Betätigung […] ist die Gewinnerzielung, während die Bedarfsdeckung nur untergeordnete Bedeutung hat.« (Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages 2014: 29) In ihrer erwerbswirtschaftlichen Orientierung liegt insbesondere der Unterschied zu den öffentlich und freigemeinnützig-konfessionellen

Trägern begründet, die »in erster Linie eine unmittelbare Deckung des bestehenden (Gesundheits-)Bedarf erstreben« und als »bedarfswirtschaftliche Unternehmen« zu bezeichnen sind (ebd.).
- Unbenommen der Trägerschaft resultiert aus der DRG Systematik eine Matrix-Organisation, die Ärzte in das Krankenhausmanagement integriert und ihnen zusätzlich zu ärztlichen Leitungsfunktionen auch Managementaufgaben zuweist. Chefärzt*innen (teilweise auch Oberärzt*innen mit Leitungsfunktion) etwa haben heutzutage nicht nur Patient*innen-, sondern auch Budgetverantwortung.
- Diese Budgetverantwortung äußert sich in zweierlei Hinsicht. Es werden einerseits Vereinbarungen zwischen Geschäftsführung und Ärzt*innen mit Budgetverantwortung über das medizinische Leistungsspektrum (Fallmengen, Schweregrade, Leistungsbereiche) der jeweiligen Abteilung geschlossen, die das kommende Geschäftsjahr betreffen. Andererseits werden diese Leitungsvereinbarungen mitunter an variable Teile der individuellen Vergütung gekoppelt. Werden die vereinbarten Leistungsziele erreicht, erhöht sich das individuelle Gehalt. Bonus-/Malus-Systeme sind in deutschen Krankenhäusern unterschiedlich stark verbreitet (siehe hierzu eine Stellungnahme der BÄK 2015 sowie Empfehlungen für Chefärzt*innen bezüglich unterschiedlicher Leistungsvereinbarungen von BÄK/VLK 2013 und der DKG 2014[21]).

In Form des *Case-Mix-Accounting*[22] hält die Geschäftsführung nun Instrumente in der Hand, die Leistungsentwicklung numerisch überblicken und planen zu können und zugleich Anreize für Ärzt*innen zu schaffen, die prospektive Leistungsplanung auch einzulösen. Im Sinne eines »New-Public-Management« (vgl. Bogumil 2004) sollen bürokratische Einrichtungen – wie das alte Krankenhaus professionellen Zuschnitts – so nach dem Vorbild effizienz- und erlösorientierter Unternehmen geführt und mit Hilfe interner Märkte, standardisierter Bewertungskriterien und Leistungsanreize organisiert werden. Wie soeben gezeigt wurde, kommt es

21 Die DKG definiert unter Punkt 4 etwa: »Damit die Unabhängigkeit der medizinischen Entscheidungen gewahrt bleibt, dürfen finanzielle Anreize für einzelnen Operationen/Eingriffe oder Leistungen nicht vereinbart werden. Dies gilt auch für Leistungskomplexe bzw. Leistungsaggregationen oder Case-Mix-Volumina.«

22 Accounting ist der angelsächsische Sammelbegriff für Buchführungspraktiken, die in der deutschen Betriebswirtschaft dem Rechnungswesens und Controlling zugehören, teilweise aber darüber hinausgehen und in die Unternehmensführung reichen. Anthony (1965: 28) hierzu schon früh: »In practice, people with the title of controller have functions that are, at one extreme, little more than bookkeeping and, at the other extreme, de facto general management.« Um Letzteres zu bezeichnen, ist im englischsprachigen Kontext die Rede von »management accounting«. Siehe weitere Erläuterungen hierzu unter 2.2.4.

bei der Kostenbemessung durch DRG allerdings zu zufälligen oder gar systematischen Verzerrungen, agieren diese als »leaky black boxes« (Callon/Latour 2006; Lowe 2001), die keinem der sie verwendenden Akteur*innen einen adäquaten Einblick in die komplexe Realität medizinischer Behandlungsabläufe gewähren können. Überdies geht die viel beschworene *Kosten-Erlös-Schere* in Folge stagnierender Investitionsmittel (bereitgestellt durch die Länder) und Lohnsteigerungen hinterherhinkenden Basisfallwerten weiter auseinander (vgl. DKG 2018). Das lässt sich auch an der Anzahl der Krankenhäuser ablesen: diese ist seit den 1990er Jahren stetig zurückgegangen, zuletzt gab es 2018 1942 Krankenhäuser (im Vergleich zu 2411 im Jahr 1991 ist das ein Minus von knapp 20 %, vgl. Destatis 2018c).

Um ihr finanzielles Hintertreffen oder gar ihren Konkurs zu verhindern, ist die Wirtschaftlichkeit des Hauses vielerorts zum vorrangigen Ziel geworden, wodurch insbesondere Fragen der internen *Kosten- und Erlösanalyse* starken Auftrieb erhalten haben. Das politische Nullsummenspiel der fixierten Preise vermittels DRG bei gedeckelten Budgets stellt Krankenhäuser vor die schwierige Aufgabe, ihren Ressourcenverbrauch auf Grundlage von Kostenvergleichen zu »optimieren«, gleichzeitig ihre Erlöse zu erhöhen und all das unter der Prämisse, die medizinische Behandlungsqualität zu wahren oder mit Blick auf P4P gar zu erhöhen. Eine zentrale krankenhausinterne Rolle nehmen hierfür statistische Analysen der Zusammensetzung der geleisteten DRG, der sog. »case-mix«, ein. Um der »complexity of differing resource consumption by different products« (Thompson et al. 1975: 308) beizukommen, richtet das Casemix-Management bzw. -Accounting sein Augenmerk auf die Analyse der Mischung der erbrachten Fälle bzw. DRG. Anhand von Kostenvergleichen mit anderen Krankenhäusern, zwischen Abteilungen oder medizinischen Fachbereichen (Chirurgie, Innere Medizin, Neurologie etc.) können Organisationseinheiten ihrer Leistung nach in eine Rangfolge (in Form von »benchmarks«) gebracht werden und auf dieser Grundlage Leistungsbudgets kalkuliert und gar mit den Kostenanteilen zuliefernder Abteilungen (etwa Labor, Radiologie oder Anästhesie) intern verrechnet werden. Krankenhausmanager*innen stellen, um mit Latour zu sprechen, von nun an die immer gleiche, bohrende Frage an die Adresse der Ärzt*innen und Pflegekräfte: »Wieso wißt ihr, daß es sich dabei um eine *optimale* Kombination handelt?« (Latour 2014: 613, Hervorhebung im Original).

Die Kostenkonkurrenz zwischen den Häusern wird so zu einem Wettbewerb um das möglichst günstige Verhältnis von Leistungsumfang und Fallschwere in der Zukunft, auch mit Konsequenzen für die medizinische Rationalität der Bearbeitung unterschiedlicher Patient*innenklassen (vgl. Vogd 2016a: 285ff). Die Allokation von Ressourcen findet nun nicht mehr allein durch die behandelnden Ärzt*innen statt, sondern liegt potenziell auch im Verantwortungsbereich der Geschäftsführung, die medizinische Leistungen plant und mit den Kostenträgern prospektiv festlegt. Ihre kalkulativen Praktiken greifen zu auf das, was Ärzt*innen professionell leisten, und stellen es in einen neuen Wertzusammenhang. Es geht hier

also auch um das Problem der Moralität des Rechnens [MOR] der Krankenhausbetriebswirtschaft, das sich auf Grundlage der mit den Krankenkassen prospektiv vereinbarten Leistungsmengen als Vollzugsproblem ausweist. Wenn die geforderten Leistungen von Ärzt*innen nicht erbracht werden – wessen Schuld ist es dann? Wer schuldet wem eine Erklärung? Ab welchem Leistungsniveau ist man quitt miteinander? Waren die rechnerischen Annahmen plausibel oder haben sich die rechnenden Einheiten verschätzt?

Denn zugleich werden auch medizinische Abteilungsleitungen mit eigener Budgetverantwortung als Managementakteur*innen adressierbar. Sie müssen sich neuen damit verbundenen Aufgaben im Management stellen, was auch Auswirkungen auf die professionelle Leistungserstellung haben kann (vgl. etwa Bode/Märker 2014; Llewellyn 2001; Mo 2008; Vogd et al. 2018: 60-120; für Pflegedienstleitungen siehe Ostermann/Wolf 2016; Vogd et al. 2018: 121-159, 160-218). Die Krankenhausorganisation bewegt sich in der Folge mehr denn je zwischen »ökonomischer und medizinischer Vernunft« (Bär 2011), was sich auch daran ablesen lässt, dass Kostenkontrolle alleine vielerorts nicht mehr ausreicht. Immer häufiger treten Krankenhäuser zusätzlich den Weg von einem »Kosten- zu einem Profitzentrum« (Behar et al. 2016: 17) an, womit insbesondere die Erlösverantwortung der medizinischen Abteilungen verknüpft ist. Diese stellen hierzu mitunter auf »die institutionelle Logik der *Erwerbswirtschaft*« (Bode 2016: 259, Hervorhebung im Original) um, womit sich Befürchtungen um Fehlallokationen im Sinne einer medizinischen Über- oder Unterversorgung verknüpfen. Wie erwerbswirtschaftliche Prinzipien bei einem nach wie vor bedarfswirtschaftlich ausgerichteten Finanzierungssystem (das oben benannte Nullsummenspiel) durchgesetzt werden können, bleibt unklar. Unabhängig von der Frage, ob dies überhaupt der richtige Weg ist, zeichnet sich kein Königsweg ab, wie eine Integration der beiden Prinzipien gelingen kann. Dieser Frage wird sich im empirischen Teil sowie dem abschließenden Kapitel des Buches intensiv gewidmet.

Unbenommen aber haben sich Umfang und Funktion der rechnenden Einheiten im Krankenhaus verändert. Während das Rechnungswesen zuvor hauptsächlich zu Abrechnungszwecken Verwendung fand und eingefasst war in eine objektivistische Krankenhausbetriebslehre (vgl. Eichhorn 1967; 1976; 1987; Habersam 2009: 182-275 für eine ausführliche Rekonstruktion), entwickelt es sich heute zur umfassenden »Rationalitätssicherung des Krankenhaus-Managements« (Lachmann 2011, siehe Weber/Schäffer 2001 für eine korrespondierende Controlling-Theorie). Es übernimmt dabei weitreichende Funktionen: von der Informationsversorgung über Leistungskontrolle und Prozesskoordination bis hin zur operativen wie strategischen Planung der Breite und Tiefe des medizinischen »Leistungsportfolios« (siehe Lachmann 2011: 45-101; Braun von Reinersdorff 2002). Die betriebswirtschaftlichen Rechenvorrichtungen definieren dergestalt sehr unterschiedliche Skripte [ORG], deren Wertbezüge in ganz unterschiedliche Richtungen weisen und

leidenschaftliche Interessen [BIN] berühren und so das Zeug haben, die überlieferten Abläufe der expertokratischen Krankenversorgung weitestgehend zu desorganisieren.

Die Häuser haben seit Einführung der DRG große Anstrengungen unternommen, neues Personal im Bereich des kaufmännischen und medizinischen Controllings sowie Qualitätsmanagement zu rekrutieren. Heute entfallen für den Großteil der deutschen Krankenhäuser (bis zu 300 Betten) schätzungsweise etwa 3 Vollzeitkräfte im kaufmännischen Controlling, 2,5 Vollzeitkräfte im Medizin- bzw. Leistungscontrolling, knapp 6 Vollzeit-Kodierfachkräfte sowie 1,8 Kräfte im MDK-Management auf 1000 Beschäftigte (vgl. Crasselt et al. 2018) Der Kontrolle der Leistungserfassung und -kodierung kommt hierbei eine bedeutende Rolle zu. In aller Regel wird dies durch Kodierfachkräfte (teils mit medizinischer, teils mit ökonomischer bzw. Verwaltungsqualifikation) geleistet, teilweise sind hierfür aber auch die behandelnden Ärzt*innen selbst zuständig. Die am individuellen Fall durchgeführten Behandlungen werden zunächst auf Grundlage der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) verschlüsselt und dann die korrespondierende DRG hierfür kodiert. Die kodierenden Personen stehen – nach Bedarf – in Kontakt mit den jeweiligen Verantwortlichen des Controllings bzw. der Geschäftsführung und erhalten Weiterbildungen zu Fragen der korrekten bzw. »optimalen« Kodierung der DRG, wenn sie nicht ohnehin einen hierfür qualifizierenden Bildungsabschluss mitbringen. In den letzten drei Jahren wurde insbesondere im sog. »MDK-Management« (+36 %) und bei den Kodierfachkräften (+43 %) Personal aufgebaut (vgl. ebd.: 17). Das MDK-Management behandelt Fälle, die vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) – eine formal unabhängige Prüfungseinrichtung der Krankenkassen – geprüft und beanstandet wurden. Ärztliche Leistungen werden also nicht nur intern von Kodierfachkräften, Controllern und Geschäftsführungen überwacht und gesteuert, sondern stehen auch unter prüfender Beobachtung der organisationalen Umwelt. Hier zeichnet sich ein Trend ab, der auch in der empirischen Analyse Beachtung findet. Neben der Leistungskontrolle ist die Informationsversorgung eine wichtige Funktion des Controllings. Das sog. »Reporting« versorgt nicht nur die Geschäftsführung monatlich mit Gewinn und Verlustrechnungen, Kostenberichten und Medizinischen Leistungskennzahlen, sondern stellt die Daten (teils seltener bzw. selektiver) auch den ärztlichen Klinikleitungen zu, die diese Informationen nicht zuletzt in der eigenen Fachabteilung zirkulieren lassen können (vgl. ebd.: 21). Die gesamte Organisation Krankenhaus wird hierdurch stärker denn je »informatisiert« (vgl. Mohrmann 2013; Brosziewski 2002).

Die differenziertere Darstellung der Leistungen geht Hand in Hand mit der zunehmenden Strukturvielfalt und Komplexität in Krankenhäusern. Die Angaben über die durchschnittliche Fallschwere einer Abteilung, eines Fachbereichs oder ei-

nes ganzen Krankenhauses stellt das Management (Kaufleute wie Chefärzt*innen) vor die Frage, welche Schwerpunkte es im Leitungsspektrum setzen will. Es ist angehalten seine Leistungen – häufig in Widerspruch zu dem durch die Landeskrankenhauspläne festgesetzten Versorgungsauftrag – nicht nur mengenmäßig auszuweiten, sondern auch mit Blick auf den technologisch-medizinischen Fortschritt fachlich zu differenzieren. Hierzu können sie etwa auf die durch den Gesetzgeber ab 2004 verpflichtend eingeführten, öffentlichen Qualitätsberichte aller Krankenhäuser zurückgreifen (sog. Strukturierter Qualitätsbericht nach §136 Sozialgesetzbuch V). Sie finden dort Angaben zur Häufigkeit der nach ICD verschlüsselten Krankheiten und können Rückschlüsse auf die regionale Versorgungslage ziehen und spezifisch darauf zugeschnittene Leistungsprofile erstellen. Die Bewerbung spezifischer Fallgruppen oder Populationen ist vor allem auch eine medizinische Frage, die rückgebunden wird an die materielle Infrastruktur und Prozessorganisation des Krankenhauses. Auch der demographische Wandel spielt hier eine Rolle, da er eine signifikante Zunahme älterer Menschen mit multimorbiden Krankheiten mit sich führt. Er legt eine »individualmedizinische« Perspektive nahe, die sich auch in interprofessionellen Behandlungsteams und darauf angepassten flexiblen Organisationsstrukturen äußert. Hiermit ist wiederum der »operating core« (Mintzberg, siehe oben 3.3.2 bzw. 4.1.3) der alten expertokratischen Krankenhauskonfiguration angesprochen, die nun – nicht zuletzt aus Gründen der Effizienz und Produktivität – der Systematik patient*innenzentrierter Behandlungsabläufe weichen soll. Darunter fallen insbesondere auch klinische Behandlungspfade (»clinical pathways«), die als integrative »Verfahrensanweisung« (Roeder 2003: 1149) dienen sollen:

> »Ein klinischer Behandlungspfad ist der im Behandlungsteam selbst gefundene berufsgruppen- und institutionsübergreifende Konsens bezüglich der besten Durchführung der Krankenhausgesamtbehandlung unter Wahrung festgelegter Behandlungsqualität und Berücksichtigung der notwendigen und verfügbaren Ressourcen sowie unter Festlegung der Aufgaben und der Durchführungs- und Ergebnisverantwortlichkeiten. Er steuert den Behandlungsprozess; gleichzeitig ist er das behandlungsbegleitende Dokumentationsinstrument und erlaubt die Kommentierung von Normabweichungen zum Zwecke fortgesetzter Evaluation und Verbesserung.« (Roeder et al. 2003: 21f.)

Das althergebrachte »Silo-Denken« (siehe oben 3.3.2) mit seinen ausgeprägten »Sparten- bzw. Abteilungsinteressen« (Schrappe 2009) soll hiermit aufgebrochen werden und der Steuerbarkeit durch das Management bessere Chancen einräumen. Infolge äußerst komplexer akutmedizinischer Behandlungsabläufe ist dieser Versuch mehrheitlich als gescheitert erklärt worden, auch weil die »clinical pathways« als zu »sperrig« und für die »Varianz der Ergebnisse« medizinischer Leistungsprozesse inadäquate Planungsinstrumente erschienen (Behar et al. 2016:

128). Anders sieht es etwa bei der von professionellen Konflikten durchzogenen OP-Planung aus: Hier soll die Planung an »OP-Manager« delegiert werden, die unabhängig (weisungsungebunden) von den medizinischen Fachbereichen agieren und deren Aufgabe es ist, die »OP-Planung und Ressourceneinsatz verantwortlich zu steuern, sowie den Verlauf der einzelnen Operationen, einschließlich Wechselzeiten, laufend zu verfolgen und nachzuhalten. Dazu obliegt es diesen, die entsprechenden Kennzahlen bzw. Leistungsparameter zu erheben, auszuwerten und sich auch mit allen Beteiligten regelmäßig auszutauschen.« (Behar et al. 2016: 147) Doch reicht Prozessmanagement allein aus, um ein gemeinsames *Organisationsinteresse* im Krankenhaus zu erwirken? Schrappe (2009: 198) gibt aus einer governancetheoretischen Perspektive zu Bedenken, dass der »Übergang von der funktionalen zur divisionalen Organisationsstruktur [...] die vertikale wie horizontale Dissoziation der Expertenorganisation« noch weiter vertieft, in einen ›Spartenkannibalismus‹ (Schrappe 2007: 143) führt, wenn es dem Management nicht gelingt, »die Bindung an eine fachübergreifende Steuerung, die nicht nur die abteilungsspezifische Leistungsbilanz, sondern die Evidenz- und Qualitätsorientierung sowie Wirtschaftlichkeit der Gesamtorganisation in den Vordergrund stellt« zu erhöhen. Hiermit sind integrierte Organisationsstrukturen und übergreifende Führungsaufgaben gleichermaßen adressiert, die im Rahmen eines neuen Managementarrangements zwischen Autonome und Kalkulation in der Praxis erfolgreich in Beziehung gesetzt werden müssen. Ob und ggf. wie dies gelingt, wird in den Kapiteln 6 (empirische Analysen) und 7 (Ergebnisdiskussion und Konklusion) erörtert.

Die interne Vernetzung und Moderation auf numerischer Grundlage zeigt sich, auch angesichts der gestiegenen Wettbewerbsintensität, ebenso in der stärkeren Beschäftigung der Krankenhäuser mit der regionalen Versorgungslandschaft. Die Leistungsebene wird im Zuge ihrer gestiegenen Controlling- und Rechenkapazitäten befähigt, Abgrenzungs- und Kooperationsspiele mit der organisationalen Umwelt einzuüben und ihre Leistungen daraufhin stärker auf den Zugang zu selektiven Versorgungsnetzwerken auszurichten (vgl. Vogd 2007). Dies kann sowohl innerhalb der eigenen Trägerstruktur geschehen als auch durch informelle Kooperation oder Vertragsgestaltung mit anderen Krankenhäusern oder intersektoral mit Akteur*innen der ambulanten Versorgung (siehe Wolf 2018). Ausschlaggebend hierfür sind nicht nur politische Impulse zur »Integrierten Versorgung«. Das Krankenhausmanagement dürfte hier auch aus Gründen der Ressourcenabhängigkeit (siehe oben 3.3.3) handeln. Genauso plausibel erscheinen allerdings auch medizinische Aspekte der Versorgungsqualität (vgl. Iseringhausen/Staender 2012: 195ff.) infolge einer ausgeprägten »Heterogenität der Ergebnisqualität auf Ebene der einzelnen Krankenhäuser« (Behar et al. 2016: 13). Das lernende System der DRG hat nicht zuletzt einen organisationalen Lernprozess in Gang gesetzt, der darin besteht, im Sinne der »managed care« die »Produkte« differenzierter und gleichzei-

tig die Form der Leistungsproduktion standardisierter aufzustellen. Effizienz und Effektivität sollen so zu einer Einheit finden und gesundheitspolitisch das altgediente Motto »Rationalisierung statt Rationierung« (Porszolt 1996) einlösen helfen. Im empirischen Kapitel wird nachvollzogen, welche Fallstricke dabei auf die Akteur*innen im Krankenhaus zukommen.

4.3 Zwischenfazit: Institutioneller Wandel im Gesundheits- und Krankenhauswesen – Auf dem Weg zu einer ökonomischen Trivialisierung der medizinischen Profession?

Das voranstehende Kapitel hat für die Dimensionen »Finanzierung«, »Leistung« und »Organisation« die zentralen Veränderungen im deutschen Gesundheits- bzw. Krankenhauswesen nachgezeichnet, wie es sich ausgehend von einer auf dem Sozialstaatsgebot basierenden, bedarfsgerichteten und hinsichtlich seiner Reichweite und des Leistungsumfangs expansiven Krankenversorgung fortentwickelt hat. Die durch Kriegsschäden zunächst noch stark dezimierte Infrastruktur der Krankenhäuser wurde im Zuge des *wohlfahrtsstaatlichen Settings* wiederaufgebaut und auf ein für die gesamte Bevölkerung zugängliches, hohes Versorgungsniveau gehoben. Dieses sollte über Landeskrankenhauspläne sichergestellt werden, in denen Versorgungsaufträge an Krankenhäuser in Form zugewiesener Planbetten ausgesprochen wurden. Die Finanzierung der Häuser erfolgt auf Grundlage des Selbstkostendeckungsprinzips, das ihnen unter der Prämisse eines sparsamen, bedarfsgerechten Wirtschaftens die volle Kostenerstattung für Betriebs- als auch Investitionskosten zusicherte. Vor allem zu Lasten der Versicherungsträger konnte auch das Ausbildungs- und Lohnniveau der ärztlich-pflegerischen Berufsgruppen gesteigert und deren Anzahl maßgeblich erhöht werden.

Der politische Wille zur Modernisierung des Krankenhauswesens begünstigte damit auch die Möglichkeiten professioneller Berufsausübung: Ärzte und Pflegekräfte konnten zunehmend auf moderne Medizintechnik und Gebäudeinfrastrukturen zurückgreifen und die Versorgung der Patient*innen nach Maßgabe des ärztlichen Professionalismus gestalten. Dieser schlug sich nicht nur in stark ausdifferenzierten, dezentralen Organisationseinheiten entlang medizinischer Fachgebiete nieder, denen sich die organisationalen Strukturen der Krankenhäuser im Sinne einer Expertenbürokratie anpassten. Darüber hinaus war (und ist) die »occuptional control« (Abott 1988; Evers 2013) der Ärzteschaft auch interessenpolitisch bestens organisiert und beruht nicht zuletzt auf einem Wissenskomplex, zum dem nur Expert*innen vermittels formaler Bildung und langjährigem praktischen Training der Zugang erlaubt war (vgl. Freidson 1975a). Die freie und zugleich kontrollierte Ausübung des kanonischen und handlungspraktischen Wissens der Mediziner*innen war im Krankenhaus jedoch nie unangefochten, wie mit Blick auf Rohdes Analysen

des modernen Krankenhauses gezeigt wurde. Unter einem »Generalkonflikt« zwischen Verwaltungs- und Professionslogik leidend und zahlreichen Innen- wie Außenspannungen ausgesetzt, war auch das wohlfahrtsstaatliche Krankenhaus keine widerspruchsfreie Einrichtung.

Spiegelbildlich dazu markiert der lang erfochtene gesundheitspolitische Kompromiss von 1972 zur »dualen Finanzierung« zwischen Bund und Spitzenverbänden der Krankenversicherungen auf der einen und Krankenhausträgern, Ländern und Kommunen auf der anderen Seite bereits den langsamen Abschied vom wohlfahrtsstaatlichen Setting. Schon bald setzte eine neue *Ordnungspolitik zwischen Rationalisierung und Rationierung* ein, die sich ausgehend von Kostendämpfungspolitiken zwischen 1970-1980 und den sie begleitenden Dramatisierungen um eine »Kostenexplosion« im Gesundheitswesen entwickelte. Mit dem GSG von 1993 kam es zur Einführung von Budgetobergrenzen sowie leistungsorientierter Entgelte, womit die »Anspruchsinflation im Krankheitssystem« (Luhmann1983) eingedämmt werden sollte. Krankenhäusern konnten nun erstmals betriebswirtschaftliche Verluste entstehen, was sie zu einem sparsamen Mitteleinsatz und einer *vorausschauenden* Mittelplanung bewegen sollte. Eine verbindlichere *Rechenschaftslegung* über die Bedarfsgemäßheit ihrer Versorgungsleistungen wurde nicht zuletzt durch externe Prüfungen im Namen der Versicherungsträger forciert. Ökonomische Unwägbarkeiten für Kliniken erhöhten sich durch *prospektive Leistungsvereinbarungen* zwischen ihnen und den Versicherungsträgern zusätzlich, da nun auf Selbstkosten*schätzungen* beruhende Budgets im Voraus vereinbart wurden, sich aber erst *retrospektiv* mit den tatsächlich entstandenen Kosten abgleichen ließen. Diese Entwicklung gipfelte 2003 in der Einführung eines vollpauschalierten, prospektiven und leistungsorientierten Finanzierungssystems nach DRG, den diagnosebezogenen Fallgruppen. Mit Hilfe der DRG-Systematik sollten ärztliche Behandlungsabläufe und Therapieentscheidungen an Transparenz gewinnen, Verweildauern verkürzt und die finanzielle Eigenverantwortung der Krankenhäuser weiter gestärkt werden. Die Vergütung von Krankenhausleistungen orientiert sich seither an statistisch errechneten Durchschnittskosten und weist Einheitspreise für Krankenhausleistungen aus. Medizinische Leistungen werden als DRG zu fix bepreisten *Handelsobjekten*, über die Krankenkassen und Krankenhäusern miteinander *prospektiv* verhandeln.

Das hiermit eingeführte »administrierte Festpreissystem« (Neubauer et al. 2010) stellt auf eine Steuerung durch Vergleichbarkeit von Leistungen auf Grundlage durchschnittlicher Kosten ab. Die neue Ära der »medizinischen Leistungssteuerung« (Simon 1997) kennzeichnet, dass nun nicht mehr Kosten, sondern Leistungen vergütet werden, während die nun sichtbar werdenden Kostenunterschiede im Rahmen der DRG Aufschluss über Effizienz- und Qualitätsabweichungen geben sollen. Ordnungspolitisch sollen so zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen werden: Einerseits müssen Kosten infolge der Fallpauschalierung, der die Anreizsetzung zu einer effizienteren Mittelbewirtschaftung zugeschrieben wird,

reduziert werden (Rationalisierung). Andererseits muss die Qualität der Leistungen gesteigert werden, da die DRG als Benchmarking-Instrumente fungieren und eine »Leistungstransparenz« erzeugen, die einer schleichenden Sondierung qua Leistungsunterschieden dienen soll (sog. »Marktbereinigung«). Die stetig abnehmende Anzahl deutscher Krankenhäuser zeugt von dieser Strategie.

Gesundheitspolitisch bleibt aber unklar, *weshalb* Krankenhäuser über- oder unterhalb des veranschlagten Durchschnittskorridors landen. Die Steuerungslogik der DRG und fixierter Durchschnittspreise legt dies gleichermaßen nahe, da die gesundheitspolitische Aufgabe einer bedarfsgerechten Versorgungsplanung sukzessive an *quantitative Qualitäts- und Leistungsindikatoren* überantwortet wird. Der sich damit abzeichnende epistemische Kurzschluss [DK] konzipiert Krankenhäuser als eigenverantwortliche, rationale Marktakteure, die um knappe Gesundheitsmittel konkurrieren und hierüber günstigere und medizinisch bessere Leistungen gleichermaßen erstellen. Damit jedoch alle Patient*innen gleichermaßen von den Weihen der »Vorsehungsökonomie« (Latour 2014: 616) profitieren können, muss diese zunächst einmal *funktionstüchtig* gemacht werden. Es ist erforderlich, dass die Bedingungen einer neoklassischen Ökonomik herrschen, allen voran muss die *Idee* der »Knappheit« Anerkennung finden sowie eine freie Preisgestaltung existieren. Unter Führung einer Gesundheitsökonomie, die Krankenhausleistungen unter Kosten-/Nutzen-Gesichtspunkten evaluiert und zur Berechnung eines Pareto-Optimums darauf abstellt, das »Gleichgewicht zwischen Versorgungsbedarf und -angebot« (Neubauer et al. 2010: 241) rechnerisch bestimmen zu können, bewegt sich die derzeitige Gesundheitspolitik zweifelsohne in diese Richtung.

Zwar garantiert das Festpreissystem der Fallpauschalierung derzeit noch, dass Preisdifferenzen, die eine vollständige Liberalisierung der Preisgestaltung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zur Folge hätte, beim Zugang zu medizinischen Leistungen nicht effektiv werden. Jedoch weisen insbesondere das vorangetriebene Pay-for-Performance-Modell (P4P) der Vergütung medizinischer Leistungen auf Grundlage quantitativ-statistischer Surrogatparameter in Richtung des epistemischen Kurzschlusses [DK], wenn *quantitative Qualitäts- und Leistungsindikatoren mit der Realität der medizinischen Behandlung verwechselt werden*. Wenn so getan wird, als wäre eine möglichst *gerechte* Gesundheitspolitik als Pareto-Optimum mit Hilfe der volks- und betriebswirtschaftlichen Rechendisziplinen vom Reißbrett aus zu erreichen und daher auch gar nicht weiter diskussionsbedürftig, sobald die »richtigen« Indikatoren gefunden sind. Das Schreckgespenst der Rationierung erscheint aus dieser Warte – zumindest auf politischer Ebene – einstweilig vom Tisch. Doch zu welchem Preis?

Für Krankenhäuser verheißt die Entlassung in die wirtschaftliche Eigenverantwortung vor dem Hintergrund der derzeitigen Ordnungspolitik des Nullsummenspiels (Bode/Vogd 2016) gepaart mit dem bereits thematisierten »Investitionsstau« (siehe DKG 2018) infolge einer stetig abnehmenden Investitionsquote der Länder

vor allem eines: *ökonomischen Druck*. Immer häufiger stellen Krankenhäuser daher auf eine erwerbswirtschaftliche Logik um, die durch ingenieurswissenschaftliche Prozesskostenanalysen, controllingbasierte Standardisierungen von Behandlungsabläufen und nach der Errechnung von Optimalität [MOR] strebenden Managementinstrumenten realisiert werden soll. Da die DRG der Produktionslogik von Industriebetrieben nachempfundenen sind, werden medizinische Leistungen ausgehend von Hauptdiagnosegruppen nunmehr als Produktlinien konzipiert, die von Produktverantwortlichen – den Chef- und Oberärzt*innen – mit eigenen Budgets überwacht und nach ihren entsprechenden Outputs differenziert betriebswirtschaftlich bewertet und medizinisch bearbeitet werden. Tatsächlich aber erweisen sich die DRG im klinischen Alltag trotz ihrer Stabilität im Sinne einer unhinterfragten Relevanz für die Krankenhausfinanzierung als »leaky black boxes« (Callon/Latour 2006; Lowe 2001). Sie »erklären« einen signifikanten Teil der leistungsbezogenen Kostenunterschiede zwischen Krankenhäusern sowie innerhalb der jeweiligen Diagnosegruppen nur unzureichend, weisen eine erhebliche statistische Varianz auf, die für das einzelne Krankenhaus nicht ohne Weiteres – von einzelnen Ärzt*innen erst recht nicht – kalkuliert werden kann. Damit sie als Skripte [ORG] »funktionieren« können, müssen sie von den mit ihnen umgehenden Personen (betriebswirtschaftliches wie ärztlich-pflegerisches Personal) ständig begutachtet, kontrolliert und aktiv in eine Korrespondenz mit der klinischen Realität gebracht werden. Sie erweisen sich daher als fragile sozio-technische Gebilde, die unterschiedlichen Verwendungsformen und -interessen unterliegen und Kontroversen innerhalb der organisierten Krankenbehandlung auslösen.

Sie geben dem Krankenhausmanagement nichts desto trotz einen Hebel an die Hand, die einstiege Expertenbürokratie in eine »managed care organization« (Scott et al. 2000) zu transformieren, auch wenn Ärzt*innen und Pflegekräfte nach wie vor der beschädigten Autonomie der zu behandelnden Patient*innen, den professionellen Kodizes und Praktiken ihrer Berufsgruppen sowie den eigenen Abteilungsinteressen verpflichtet sind. Ob und wie das Zusammenspiel zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen, Hierarchieebenen, Werthaltungen, mikropolitischen Interessen und Rechenpraktiken gelingt, ist nicht zuletzt eine empirische Frage des gelingenden Arrangements innerhalb der Leitungsebene, der sich im empirischen Kapitel (6) sowie im Fazit (7) ausgiebig gewidmet wird.

5. Methodologie

Bevor zur empirischen Analyse des Umgangs mit Aspekten der Ökonomisierung in Krankenhäusern übergegangen werden kann, muss zunächst das hierzu nötige methodische Vorgehen kenntlich gemacht werden. Die vorangegangenen Kapitel sollten aus ideengeschichtlicher sowie praxis- und organisationstheoretischer Perspektive das Phänomen der Ökonomisierung näher untersuchen sowie den institutionellen Wandel im Gesundheits- bzw. Krankenhauswesen vor Augen führen. Ökonomisierung ist dort vor allem als Gesellschafts- bzw. Zeitdiagnose erschienen und damit der gängigen Unterscheidung nach auf einer Makroebene diskutiert worden. In den Kapiteln 2-4 wurden einige zentrale und für die Erarbeitung eines *metatheoretischen Rahmens* wesentliche Beiträge zur Ökonomisierungsthese vorgestellt sowie anhand des institutionellen Wandels des Gesundheits- und Krankenhauswesens gezeigt, dass sich ökonomisierungsrelevantes Wissen bereits aus der Analyse von Gesetzestexten, Presseerklärungen politischer Parteien, Reden politischer Funktionsträger*innen sowie journalistischen Beiträgen extrahieren lässt. Die Diskussionen zur Ökonomisierung der Gesellschaft (ergo auch des Gesundheits- und Krankenhauswesens) speisen sich aber auch aus empirischen Erkenntnissen, die in Organisationen oder sozialen Feldern (Meso-Ebene) und auf individueller Ebene (Mikro-Ebene) entstanden sind.

Manche Arbeiten warten mit Heuristiken in Form einer Ökonomisierungsskala (Schimank/Volkmann 2017, siehe 2.2.1) auf, andere liefern literaturgestützte, quantitative Analysen (Niephaus 2018), qualitative Sekundäranalysen (Bergmann 2011) oder Fallstudien (vgl. Geißler 2016; Peetz 2014). Letztere sind dem Paradigma der qualitativen Sozialforschung zuzurechnen, welches auch die vorliegende Arbeit verfolgt. Allerdings werden Fallstudien mit unterschiedlichen Erhebungsinstrumenten und Analysemethoden durchgeführt. Geißler (2016) etwa untersucht Ökonomisierung als Kalkularisierung in Wissenschaftsorganisationen (Universitäten) ausschließlich literaturgestützt und hat selbst keine empirischen Daten erhoben. Peetz (2014) erforscht Ökonomisierungsmechanismen in Bildungsorganisationen (Schulen) qualitativ anhand eigens erhobener empirischer Daten (Interviews und Dokumentenanalyse) und wertet diese inhaltsanalytisch aus. Er verdichtet Ökonomisierungsprozesse auf dieser Grundlage zu »stories«, die sich auf der Ebene der

»Beschreibungen, die soziale Systeme über sich anfertigen« bewegen und geht davon aus, dass diese »Aufschluss darüber geben […], was in ihnen passiert« (Peetz 2014: 151, Fußnote 168). Sein interpretatives Vorgehen kann damit zwar Einblick in organisationsbezogene Problemstellungen, Abläufe und Deutungen einer ökonomisierten Schule erlangen, sollte aber nicht davon ausgehen, dass die Selbstbeschreibungen der Organisationssysteme identisch sind mit einer *Logik der Praxis*, die von sprachlichen Äußerungen und kohärenten »stories« zu unterscheiden ist. Auch wenn Peetz' Arbeit systemtheoretisch informiert ist, übersieht er an dieser Stelle Folgendes: »Organisationen benutzen ihre Selbstbeschreibungen, um ihre individuelle Besonderheit in einer Terminologie herauszustellen, die, wie man hofft, allgemeine Anerkennung findet.« (Luhmann 2006: 438) Selbstbeschreibungen von Organisationen entspringen zwar einer spezifischen organisationalen Praxis, gestatten selbst aber in der Regel nur einen Zugang zu den offiziellen *Theorien über die Praxis* »vor dem Hintergrund eines Schattenreichs des Unerwähnbaren, des Verdrängten, des Verlernten« (ebd.: 440). Dies erklärt, weshalb Organisationen – gerade in Zeiten sozialen Wandels bzw. wenn »Reformen« anstehen – häufig auf die selbst erzeugte Differenz von »offiziös/zynisch« zurückgreifen und die zynische Seite für *interne* Verarbeitungsprozesse reservieren. Darüber hinaus dient die Differenz auch als »Möglichkeit, eigene Realitätstests durchzuführen im ständigen Widerspruch des Systems gegen sich selber« (ebd. 441). Luhmann schwankt hier (wie die Systeme selbst) zwischen der ständigen Widersprüchlichkeit sozialer Praxis und den Möglichkeiten zur Selbstmanipulation und Fiktionalisierung bzw. »Paradoxieauflösung« (ebd.), die zur Wachsamkeit – wie bereits erläutert (vgl. 3.3.4) – gegenüber Organisationen aufrufen.

Mit dieser systemtheoretischen Note im Gedächtnis, wird nun zur Erforschung von Prozessen und Praktiken, die in Zusammenhang mit Ökonomisierung stehen, das Instrumentarium der dokumentarischen Methode eingeführt, da diese einen Einblick in die *Logik der Praxis* erlaubt (für eine Brücke zwischen Systemtheorie und rekonstruktiver Sozialforschung siehe Vogd 2011b). Für eine rekonstruktive Forschungspraxis, wie sie die Dokumentarische Methode verkörpert, ist es von großer Bedeutung, sich dem Untersuchungsgegenstand mit möglichst wenigen theoretischen Vorannahmen offen zu nähern, ohne sich ihm wiederum im Sinne eines »going native« ethnographischer Forschung vollends in naiver Art und Weise hinzugeben. Es kommt darauf an, das Verhältnis von Theorie und Praxis so zu bestimmen, dass beide Seiten zirkulär aufeinander verweisen und sich hierüber reflexiv bestimmen lassen. Rekonstruktive Sozialforschung bedeutet dann, dass die Forschenden sich auf Grundlage einer meta- bzw. grundlagentheoretischen Sensibilisierung dem Gegenstand nähern. Zugleich muss aber ihr vorhandenes Wissen und ihre Vorannahmen über ein systematisch kontrolliertes, aus dem empirischen Material schöpfendes Fremdverstehen transparent gemacht und somit im Forschungsverlauf relativiert und immer wieder in Beziehung zu den laufenden In-

terpretationen gesetzt werden. So soll im Rahmen eines praxeologischen Zugangs vermieden werden, dass der empirisch zu untersuchende Forschungsgegenstand nach dem Vorbild quantitativer Forschung und der dort gewählten deduktiv-nomologischen Methodik bereits im Voraus subsumtionslogisch erschlossen wird.

5.1 Der Forschungsansatz der dokumentarischen Methode zwischen Verstehen und Interpretieren

Die dokumentarische Methode stellt hierzu – analog zu Bourdieus Forschungsansatz – auf eine »vermittelnde dritte Position zwischen objektivistischen und subjektivistischen Herangehensweisen« (Przyborski/Wohlrab-Sahr 2008: 277) ab. Als Programm einer praxeologischen Wissenssoziologie ist sie Mitte der 1980er Jahre durch Milieustudien von Werner Mangold und Ralf Bohnsack (1988; Bohnsack 1989) auf Grundlage von 30 Gruppendiskussionen in Cliquen von Jugendlichen entstanden. Später hat insbesondere Bohnsack (2007; 2013a; 2017) die Methode im Anschluss an die Ethnomethodologie Garfinkels und in Auseinandersetzung mit der Wissenssoziologie von Karl Mannheim – der dort seine »dokumentarische Methode der Interpretation« (1980 [1922]) vorgelegt hat – und der Praxistheorie von Bourdieu fortentwickelt. Die Methode setzt seit Beginn an auf Gruppendiskussionen, da es ihr um die Rekonstruktion *kollektiver Orientierungen* zu tun ist, die sich in derartigen Settings aufgrund einer sich häufig relativ problemlos einstellenden »Selbstläufigkeit der Diskurse« (Bohnsack 2007: 33) besonders gut untersuchen lassen. Ein rekonstruktives Vorgehen meint dabei zweierlei: erstens werden die methodischen Prinzipien durch den Forschungsprozess selbst informiert und in Auseinandersetzung mit diesem entwickelt und verfeinert. Demnach »besteht eine reflexive, keine deduktive Beziehung zwischen Forschungserfahrung und methodologischer Begrifflichkeit« (ebd.: 32). Zweitens meint rekonstruktiv, die im Verlauf des Forschungsprozesses freigelegten kollektiven Orientierungen der Akteur*innen rekonstruktiv darzustellen, also anhand der dort erfassten Praxis interpretierend nachzubilden.

Besonders instruktiv für die Methode ist die Leitunterscheidung zwischen *immanenten* und *dokumentarischen* Sinngehalten, womit die bereits dargelegten Ebenen der Theorien über die Praxis und die Logik der Praxis selbst bezeichnet sind. In den Milieustudien konnte gezeigt werden, dass kollektive Orientierungen eines Milieus in einem *konjunktiven Erfahrungsraum* entstehen. Dieser Raum konstituiert sich über einen »Erlebniszusammenhang« (ebd.: 59), in dem Milieumitglieder strukturhomologe Erfahrungen machen. Neben Milieus, können auch Kategorien wie Geschlecht, Generation und Bildung einen konjunktiven Erfahrungsraum

bezeichnen.[1] Im Gegensatz zur Position des qualitativ Forschenden, der auf ein »methodisch kontrolliertes Fremdverstehen« (Schütze et al. 1973) in Form von Interpretationen angewiesen ist, sind Angehörige des gleichen Erfahrungsraumes hierauf nicht angewiesen. Bei ihnen greift ein unmittelbares Verstehen, das sich durch geteilte, alltägliche Erfahrungen und Praktiken bildet. Die erkenntnistheoretische Unterscheidung von Interpretieren und Verstehen geht auf Mannheim (1980) zurück, der von einer »Seinsverbundenheit des Wissens« bzw. »Seinsgebundheit des Denkens« ausgeht (Mannheim spricht auch von »Standortgebundenheit«). Diese existenzielle Verwobenheit und Kontextabhängigkeit *jedes* Denkens (selbstverständlich auch die des Forschenden) begründet »zwei fundamental unterschiedliche Modi der Erfahrung bzw. der Sozialität« (Bohnsack 2007: 59), die sich nach einem kommunikativen und einem konjunktiven Wissen unterscheiden lassen. Ersteres entstehe in »wechselseitiger Interpretation« (ebd.: 60) expliziter (bzw. wörtlicher) Sinngehalte, die auf gesellschaftsweit verfügbaren Theorien über die Praxis (einem »Common Sense«) beruhen. Die alltagsweltlichen Auffassungen in Form von Common Sense Theorien über die Praxis, die explizit vorliegen und sprachlich geäußert werden (die kommunikativen Sinngehalte), bezeichnet die dokumentarische Methode als *Orientierungsschemata*. Sie dienen in der Regel dazu, die Motive (Um-zu-Motive, Schütz 1974) der an der Kommunikation beteiligten Personen zweckrationalistisch offenzulegen. So lassen sich über Schemata Begründungen für Handlungen angeben, die soziale Verhältnisse nachvollziehbar machen und legitimeren sollen. Eine Ärztin kann dann etwa angeben, dass sie Patient*innen unabhängig von der wirtschaftlichen Situation des Hauses behandelt, *um* ihre professionellen Verpflichtungen nicht *zu* verletzen.

Das konjunktive Wissen ist demgegenüber als primordial zu bezeichnen, es geht als intuitives Verstehen der Mitglieder eines Erfahrungsraums den expliziten kommunikativen Wissensgehalten und Common Sense-Theorien über die Praxis voraus. Das von Mannheim auch als »atheoretisch« bezeichnete Wissen soll mit Hilfe einer »genetisch« (Mannheim) bzw. dokumentarischen Interpretation begrifflich-theoretisch expliziert werden, indem es den kollektiv geteilten *Orientierungsrahmen* der existenziell verbundenen Gruppenmitglieder einer »*prozess-* oder *sequenzanalytischen* Rekonstruktion« (Bohnsack 2007: 61, Hervorhebungen im Original) unterzieht. Der empirische Blick richtet sich auf die Rekonstruktion des handlungsleitenden Erfahrungswissens, auf das *Wie* sozialer Praxis, indem es auf den »modus operandi« der Gruppe und damit die Herstellung des praktischen Wissens im Sinne von Bourdieu abstellt. Für das Krankenhaus kann dann beispielsweise untersucht werden, *wie* Ärzte als Angehörige einer Fachrichtung (z.B. Chirurgie oder Innere Medizin) zugleich stationsbezogene und wirtschaftliche Erwartungen

1 Ob und wie dies gegebenenfalls auch auf Organisationen zutrifft, wird im übernächsten Abschnitt 5.3 diskutiert.

im praktischen Vollzug medizinischer Behandlungsabläufe gemeinsam aus dem professionell erwachsenen Erfahrungswissen bearbeiten (siehe etwa Vogd 2004: 287-390).

Bourdieus Habitustheorie – insbesondere die Idee des »gespaltenen Habitus« (siehe weiter oben, 3.2) – hat in jüngeren Texten zur dokumentarischen Methode (Bohnsack 2013b, 2014, 2017) eine noch stärkere Berücksichtigung gefunden. Bohnsack stellt dort explizit auf die Komplexität des konjunktiven Erfahrungsraums ab, der sich durch eine »notorische Diskrepanz« bzw. ein »Spanungsverhältnis« zwischen »habitualisierter Praxis und normativen (und identitätsbezogenen) Erwartungshorizonten« (Bohnsack 2017: 240) auszeichnet und den Bohnsack als *Orientierungsrahmen im weiteren Sinne* bezeichnet (vgl. auch Bohnsack 2014). Dieser weiter gefasste Rahmen enthält nun entgegen des Orientierungsrahmens im *engeren Sinne* (der ursprünglichen Konzeption) eine »implizite Reflexion« (Bohnsack 2017: 244) über die Spannungen, die sich zwischen impliziten, habitualisierten Praktiken (dem »atheoretischen Wissen« von Mannheim) und den explizit formulierten Orientierungsschemata auftun. Neben den oben bereits erwähnten Common Sense-Theorien und Um-zu-Motivunterstellungen über die Praxis, weisen diese nun auch Elemente institutionalisierter Erwartungen als Normen, Rollen, Handlungsweisen und Identitäten auf (Bohnsack 2013b: 182). Es stellt sich jetzt die Frage, *wie* institutionalisierten Erwartungen – die in Organisationen die Regel sind – *in* den habitualisierten Praktiken und kollektiven Orientierungen ihren Platz finden und hierdurch überhaupt erst eine spezifische Kontur erlangen können. Da Bohnsack an der Vorrangigkeit bzw. Primordialität des konjunktiven Wissens festhält, ist mit der Rekonzeptualisierung kein direkter Durchgriff der in den Schemata enthaltenen Erwartungen auf die Handlungspraxis verbunden. Vielmehr hängt die spezifische »Passung« von der *Verarbeitung* dieser Erwartungen durch den Habitus ab:

> »Die Akteure positionieren sich selbst zu den an sie herangetragenen Erwartungen sowie Attribuierungen von Intentionen, Motiven und dem gesellschaftlichen Identifiziert-Werden, den Subjektcodes, setzen sich mit den exterioren institutionalisierten Verhaltenserwartungen auseinander, distanzieren sich oder übernehmen diese. Die Auseinandersetzung mit der Norm, die Art und Weise, wie die normativen Anforderungen bewältigt werden, erfolgt im Medium der performativen Struktur des Habitus. Der Habitus dokumentiert sich in konturierter Weise u.a. im *Wie* dieser Auseinandersetzung mit der Norm, durch welche er aber auch transformiert wird. Somit werden erst in den auf die Rekonstruktion der performativen Struktur des Habitus, des Orientierungsrahmens gerichteten Interpretationen zugleich auch die Regeln und Normen und insgesamt die Orientierungsschemata empirisch in valider Weise rekonstruierbar.« (Bohnsack 2014: 43, Hervorhebungen im Original)

5.2 Forschungsschritte: Formulierende und Reflektierende Interpretation, Fallvergleich und Typenbildung

Zur Erforschung des modus operandi der sozialen Praxis unternimmt die dokumentarische Methode mehrere aufeinander aufbauende Schritte. Zunächst erfolgt (1) eine *formulierende Interpretation*, die noch »im Bereich des ›immanenten Sinngehalts‹ (Bohnsack 2007: 134) verhaftet bleibt, d.h. den Zweck verfolgt, innerhalb des Orientierungsrahmen des untersuchten Kollektivs zu bleiben, indem sie den *thematischen Verlauf* des Diskurses (als vorliegendes Texttransskript oder Videomitschnitt) in zusammenfassenden Formulierungen wiedergibt. Weiterhin wird dann auf einer feineren Gliederungsebene eine Differenzierung in Ober- und Unterthemen unternommen, um letztlich zu einer Übersicht über das vorliegende Interpretationsmaterial zu gelangen. Auch werden hier wichtige Passagen markiert und einer detaillierteren formulierenden Interpretation unterzogen, die sich durch eine besondere metaphorische Dichte hervortun und sog. »Fokussierungsmetaphern« (Bohnsack 2010: 67) enthalten. Diese dienen dann als Start- und Ankerpunkte für die darauffolgende *reflektierende Interpretation* (2). Hier kommt es vor allem auf die »Rekonstruktion und Explikation des *Rahmens*, innerhalb dessen das Thema abgehandelt wird« (Bohnsack 2007: 135) an. Es soll also der Frage nachgegangen werden, *wie* das Thema behandelt wird. Die thematische Verhandlung wird entlang unterschiedlicher Textsorten analysiert. Besonders interessant sind *beschreibende und erzählende Passagen*, die dem konjunktiven Wissen zugeordnet werden und die Aufschluss über Alltägliches und Gewöhnliches geben sollen, auch wenn diese mit anderen Textsorten – etwa Argumentationen und Bewertungen – immer als »mehrere ineinander verschachtelte *Vordergrund-Hintergrund-Verhältnisse«* (Nohl 2009: 28, Hervorhebung im Original) vorliegen.

Diese Passagen werden von Bohnsack im Anschluss an Garfinkel *Propositionen* genannt. In der Regel werden Propositionen zunächst durch Entgegensetzungen, durch positive wie negative *Gegenhorizonte*, in den Beschreibungen und Erzählungen geprägt. Gemeinsam mit den spezifischen *Enaktierungspotenzialen*, die über die »Prozesse der Umsetzung der Orientierungen in Alltagshandeln« (ebd.: 136) Auskunft geben, wirken sie an der Konstituierung eines Orientierungsrahmens, der für den Erfahrungsraum einer Gruppe spezifisch ist. Da zeitgleich unterschiedliche Erfahrungsräume in Diskursen präsent sind (nach Bohnsack, ebd., ist es typisch für Räume, dass sie »milieu-, generations-, geschlechts-und entwicklungsspezfisch« sind), kommt es auf die Fokussierungsmetaphern an, die insgesamt es am besten vermögen, die Forschenden in Richtung des aktiven Orientierungsrahmens zu weisen. Die reflektierende Interpretation bleibt daher stets auf die Spezifizität des vorliegenden Falls gerichtet und versucht den hierfür entscheidenden Rahmen, wie er sich im Prozess entfaltet, in Form einer Fallbeschreibung – die

die dramaturgische Entwicklung und Diskursorganisation behandelt – umfassend darzustellen.

Im nächsten (3) Schritt kommt es dann zur Herausarbeitung einer *Typik*, die aus einer *Komparatistik* der spezifischen Orientierungen und Erfahrungsräume, wie sie zuvor in der reflektierenden Interpretation anhand der untersuchten Fälle rekonstruiert wurden, folgt. Die komparative Analyse der Fälle wird zunächst entlang eines gemeinsamen Themas begonnen und läuft dann auf die Herausarbeitung eines Orientierungsrahmens als vergleichendes Drittes – dem *tertium comparationis* – hinaus, welches auf einer abstrakteren, begrifflichen Ebene beschrieben wird. Es dient als gemeinsamer Bezugs- und Verbindungspunkt dem systematischen Vergleich der spezifischen Fälle und stellt sicher, dass die eigene »Standortgebundenheit« der Forschenden relativiert werden kann und hierdurch ein Zugang zum »Erlebnishintergrund oder existentiellen Hintergrund, in dem die Genese der Orientierungen zu suchen ist« (ebd.: 141) entsteht. Die vergleichende Typenbildung kann daraufhin entweder *sinngenetisch* oder *soziogenetisch* ausfallen. Beide Verfahren basieren jeweils auf Fallanalysen und erfassen, wie bereits angesprochen, *unterschiedliche* Erfahrungsräume und –rahmen. Mit ersterem ist eine Typik gemeint, die unterschiedliche Orientierungsrahmen aus einer gemeinsamen Problemstellung herleitet und darüber rekonstruiert. Sie richtet sich nach Mannheim »nicht auf das faktische Entstehen, sondern will den geistigen *Ursprung* eines Sinngehaltes erfassen« (Mannheim 1964: 402, zit.n. Bohnsack 2007: 153, Hervorhebung im Original).

Die soziogenetische Typenbildung geht einen Schritt weiter, indem sie die Genese unterschiedlicher Orientierungsrahmen aus einer spezifischen, systematisch rekonstruierten sozialen (etwa einer generationellen, geschlechts- oder milieuspezifischen) Lagerung herleiten will. Hiermit ist bereits angezeigt, dass eine dokumentarische Typenbildung häufig auf Mehrebenenvergleiche angewiesen ist (vgl. Nohl 2013). Die Verschachtelung individueller Habitus mit unterschiedlichen kollektiven Erfahrungsstrukturen, die in konjunktiven Erfahrungsräumen kopräsent sind, stellt die dokumentarische Methode vor die Herausforderung, der damit zum Ausdruck kommenden sozialen Komplexität gerecht zu werden. Dies geschieht, indem u.a. die empirischen Phänomene bestimmten Ebenen (Individuum, Milieu, Generation, Organisation etc.) zugerechnet und Fälle über diese Ebenen hinweg miteinander verglichen werden (vgl. Bohnsack 2013: 23). Die vorliegende Arbeit beschränkt sich im Zuge der empirischen Analysen auf die sinngenetische Typenbildung, da durch den Organisationskontext gewisse Einschränkungen einhergehen, die sich aus der Forschungsanlange und -tradition der dokumentarischen Methode ergeben, den Mehrebenenvergleich zugleich aber im Auge behalten. Das Verhältnis von dokumentarischer Methode zu Organisationen und den dort prominent sich vollziehenden und für das vorliegende Interesse an Ökonomisierungsvorgängen so wichtigen Zahlengebräuchen wird im nächsten Unterkapitel diskutiert.

5.3 Dokumentarische Organisations- und Zahlenforschung

Organisationen stellen – wie bereits betont – nicht das originäre Feld dokumentarischer Sozialforschung dar, auch wenn hier im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte einige Arbeiten entstanden sind (vgl. etwa Amling/Vogd 2017; Mensching 2007; Mensching/Vogd 2013; Kubisch 2008; Liebig 2013; Vogd 2004; Vogd 2009; Vogd et al. 2018). Der enge Bezug zur Erforschung von (Jugend-)Milieus findet seinen Niederschlag auch in der Methodologie der dokumentarischen Methode, die sich vermittels Gruppendiskussionsverfahren für die soziale Praxis von *Gruppen* interessiert. Eine Organisation kann zwar als gruppenförmige »Face-to-Face-Organisation« (siehe Kühl 2002) beschrieben werden, in denen sich durch dichte und regelmäßige Interaktionen »Normen, Ziele und Werte häufig implizit« (ebd.: 194) ausbilden. Demzufolge wäre ein Krankenhaus (etwa so, wie es Mintzberg idealtypisch als Expertenbürokratie beschrieben hat) als ein Ensemble aus *Stationen* zu beschreiben, die sich als dezentrale Gruppen nach ärztlichen Fachbereichen differenzieren und aus professionellen Akteur*innen des ärztlichen und pflegerischen Dienstes sowie dazugehöriger Verwaltung zusammensetzen. Doch unzweifelhaft kennen Organisationen (Krankenhäuser inbegriffen) auch formale Regeln und legen sich in der Regel auf Zwecke fest, über deren Erfüllung an zentraler Stelle hierarchisch (mit-)entschieden wird.

Gleichwohl sind gerade in professionellen Organisationen die Dinge komplizierter, weil in der Praxis ständig Zielkonflikte auftauchen, die dem Postulat eines *gemeinsamen, einheitlichen* Zweckverständnisses zuwiderlaufen, auch wenn dies in formalen Satzungen so niedergeschrieben sein sollte. Wie mit Rohde (1974; siehe 4.1.3) nachvollzogen wurde, zeigt sich dies an der organisierten Krankenbehandlung sehr deutlich: Kranken soll dort unabhängig von ihrem Einkommen eine Maximaltherapie zuteilwerden, an dem nicht nur unterschiedliche »Funktionskreise« (Ärzt*innen, Pflege und Verwaltung) mit unterschiedlichen Motivlagen (Motive der Institution, Motive der »Funktionssektoren, »Funktionsgruppen« und »Einzelpersonen«) teilhaben, sondern auch unterschiedliche Abteilungen bzw. Stationen mitwirken. Hieraus resultiert nicht nur der »Generalkonflikt« zwischen medizinischen Therapie- und finanziellen Sparsamkeitszielen, sondern überdies ein von »Fall zu Fall variables Autoritätsgefälle« (ebd.:225), das quer liegt zu horizontalen (Stationen, medizinischen Fachbereichen, Berufsgruppen) und vertikalen Linien (Krankenhaus-/Stations- und Behandlungsleitung). Die Komplexität organisierter Krankenbehandlung kann nicht hinreichend durch detaillierte Arbeitsverträge, ausgeklügelte Organigramme oder präzise Berechnungen geregelt, noch allein durch implizit in Face-to-Face-Interaktionen hervorgebrachten Normen und Ziele bewerkstelligt werden, sondern muss in der Praxis stets miteinander – immer wieder auf ein Neues – arrangiert werden.

Gleichwohl stellt die Berücksichtigung sozialer Praxis vor dem Hintergrund der hohen Bedeutung formaler Regeln, zweckrationalistischer Um-zu und legitimitätsorientierter Weil-Motive sowie expliziter Wissensbestände – etwa in Form von Statistiken und Controlling-Daten – für Organisationen ein nicht zu unterschätzendes methodologisches Problem für die dokumentarische Methode dar. Zu Recht ist dort die Frage erhoben worden, ob man es in Organisationen überhaupt mit konjunktiven Erfahrungsräumen in Folge der starken Präsenz dieser Orientierungsschemata zu tun bekommt. Einen Ausweg haben Jansen und Vogd (2017; siehe auch dies. 2013 und Jansen/von Schlippe/Vogd 2015) mit Hilfe einer funktionalen Typenbildung (Vogd 2018a) sowie einer metatheoretischen Konzeption von Organisation als polykontexturalen Arrangements vorgelegt. Auf der Suche nach dem »Muster, das die Muster verbindet« versucht die funktionale Typenbildung für Organisationen zu rekonstruieren, wie auf Grundlage eines gemeinsamen Bezugsproblems habitualisierte Praktiken der Akteur*innen als differenzierte Antworten im Sinne funktionaler Äquivalente einer gemeinsamen Problemlösung verstanden werden können. Jansen/Vogd (2017, 2013) lehnen sich an Luhmanns oben bereits eingeführte Idee an, Organisationen als Treffräume der Differenz zu konzipieren, in denen unterschiedliche Interessen und Erwartungen immer wieder in der organisationalen Praxis zueinander in Beziehung gesetzt werden müssen. Mit Verweis auf Gotthard Günthers Kontexturanalyse (die auch der Luhmann'schen Idee der Treffräume unterliegt) verlegen sie die praxeologische Organisationsanalyse auf die Rekonstruktion »logischer Räume«, die vermittels »transjunktionaler Operationen« immer wieder neu zusammengebunden werden (müssen).

Entgegen der oben dargestellten, durch Bohnsack vollzogenen Erweiterung des Orientierungsrahmens »im weiteren Sinne« möchten sie dessen Beibehaltung der »Dichotomie zwischen implizit und explizit, zwischen latent und manifest« (Jansen/Vogd 2017: 274f.) aufgeben. Die Primordialität des Impliziten und Konjunktiven wird fallengelassen zugunsten einer »lateral gedachte[n] Ausdifferenzierung von Wissensbeständen, die nicht mehr klar in latent und manifest geteilt werden können« (ebd.: 275). Organisationale Praxis wird so als immanent *widersprüchlich* begriffen, da sie als »Enaktierung der Gesellschaft« und dessen »Spannungsfeld« begriffen wird und dieses stets in ein »*bestimmtes* Arrangement« (ebd.) bringen muss. Feißt (2018) konnte dies am Beispiel des Krankenhausmanagements (siehe auch Vogd et al. 2018) zeigen. Die dort rekonstruierten vier Arrangements stellten sich als differenzierte, funktional äquivalente Lösungstypen eines gemeinsamen Bezugsproblems (der Basistypik) dar, das darin besteht, fortlaufend »zwischen Selbsterhalt und öffentlicher Daseinsfürsorge« (ebd.: 381) oszillieren zu müssen.

Ein anderer Weg der dokumentarischen Beschreibung ist es, auf das, was Organisationen an *informellen* Strukturen und Prozessen aufweisen, zu blicken. Hierbei kann man zu der Einsicht gelangen, dass Organisationen in erster Linie durch ihre *Organisationskultur* (vgl. Schein 1985; 1996) zu bestimmen sind. Die Organi-

sationskultur gibt dann Auskunft darüber, wie Formalstruktur, Mitgliedschaftserwartungen, organisationsbezogene Daten und Geschäftsberichte in der organisationalen Praxis verarbeitet werden, da hier die Trivialitätserwartung eines Durchgriffs von formalen Satzungen auf das Handeln der Organisationsmitglieder schon nicht mehr gilt. Diese Sicht ist dann schon anschlussfähiger an klassische Konzeptionen der dokumentarischen Methode. So hebt Anja Mensching darauf ab, dass keine formal gesetzte »Regel ihre eigenen Anwendungsbedingungen regeln kann, sie vielmehr »regelmäßig in ihrer regelgemäßen Umsetzung verfehlt werden« (2008: 35f, siehe auch weiter oben 3.1). Die Anwendung formaler Regeln wird somit aus den konjunktiven Erfahrungsräumen (einem »Deutungsraum«, ebd.) der Organisationsmitglieder hergeleitet, deren Praktiken eigene »organisationsbezogene Milieus« (Kubisch 2008) bzw. »organisationale Milieus« (Mensching 2008) hervorbringen. Allerdings unterliegen Organisationen teils großer Personalfluktuationen, was zusammen genommen mit dem weit verbreiteten Vorhaben, Organisationskultur im Sinne einer »corporate identity« explizit herzustellen und zu managen, die impliziten Kulturbestände tendenziell wieder in Orientierungsschemata rücküberführt, aus denen sich neue implizite Praktiken ergeben können.

Eine andere Möglichkeit, das Verhältnis von impliziten und expliziten Wissensbeständen in Organisationen in den Fokus zu rücken, ist es, die *Herkunftsmilieus* der Organisationsmitglieder zu berücksichtigen. Kubisch (2008: 317) nennt diese »existentielle Milieus« und Nohl (2014, 2017) betont hierbei, dass neben den informellen Praktiken eben die in sozialen (bildungs-, generations-, milieu-, geschlechts- und entwicklungsspezifischen) Lagerungen außerhalb der Organisation erlernten und verkörperten Wissensbestände Eingang in organisationale Praxis finden können. Hierzu bedürfe es allerdings einer Mehrebenenanalyse, die »neben der formalen Organisation vor allem die in ihr befindlichen Organisationsmilieus und die in sie hineinragenden sozialen Milieus (wie auch u.U. übergreifende organisationskulturelle Praktiken) berücksichtigen« (Nohl 2017: 288f.) kann.

Mit Blick auf den diese Arbeit besonders interessierenden *Zahlen- und Technikgebrauch* in Organisationen ergeben sich ähnliche Problemlagen. Hier stellt sich zunächst die Frage, wie Zahlen und die sie produzierende Technik als klassische Beispiele für explizite Wissensbestände von Organisationen Eingang in dokumentarische Forschung finden können. Burkhard Schäffer (2013) hat ohne Bezug zu Organisationen zunächst mit Rekurs auf den Mannheim'schen Begriff der »Kontagion« argumentiert, dass Technik als Teil der »Seinsverbundenheit des Wissens« aufzufassen ist, da Menschen ständig mit ihr in Berührung treten und sie so zum integralen Bestandteil sozialer Praktiken werde (dies gilt selbst für Computerspiele, vgl. Harth 2014). Am empirischen Beispiel der Computertechnik zeigt Schäffer, dass es implizite, generationenspezifische Annäherungsweisen an diese gibt, die mit einem »Draufdrücken« auf die Tastatur beginnen und beim gekonnten Wechsel zwischen Materialität und Semiotik der Computerzeichen enden (Schäffer 2013:

54-59). Auch mit Verweis auf die oben dargelegten Ideen der ANT zur Verbindung menschlicher und nicht-menschlicher Entitäten verlegt er sich darauf, den »›stumpfen Sinn‹ der Technik«, ihre phänomenologisch erschließbare »Stimmung« (ebd.: 71) offenzulegen, indem er dem »*habituellen Handeln* von *Hybridakteuren* innerhalb konjunktiver Erfahrungsräume« (ebd.: 69, Hervorhebung im Original) nachgeht.

An anderer Stelle hat Schäffer (2015) auf die etymologische Nähe von *Zählen* und *Erzählen* verwiesen und beides als Sinndimensionen einer organisationalen Praxis in Aussicht gestellt, die in unterschiedlichen Graden auch erfahrungsgesättigte, implizite Wissensbestandteile berührt. Facetten einer »Habitualisierung von Kalkulation« (Schäffer 2017: 95) konnten Feißt/Molzberger (2016) am Beispiel des modernen Krankenhauscontrollings zeigen. Die sich dort zwischen Mitgliedern des Krankenhausmanagements einstellenden Zahlenspiele erscheinen »weitaus weniger eindeutig als es der Common Sense vermuten ließe« (Bode/Vogd 2016: 19). Zahlen bilden demnach nicht einfach eine externe Realität und Rationalität ab, vielmehr finden die in den empirischen Rekonstruktionen zu Wort kommenden Managementakteur*innen (kaufmännische, pflegerische, ärztliche Direktion sowie Chefärzte) je eigene, implizit aufeinander abgestimmte Umgangsformen mit den Managementkennziffern und Leistungsdaten. Da Zahlen einer »*Logik des Unscharfen*« (Feißt/Molzberger 2016: 138 mit Verweis auf Serres 1983) folgten, eröffneten sie den Akteuren einen organisationalen »Spielraum«, der eine »Fülle unterschiedlicher Vermittlungen und Entkopplungen« (ebd.) und damit die Errichtung eines komplexen *Managementarrangements* erlaube (siehe hierzu auch Ostermann/Molzberger 2017: 213-219). Als »›thermische Erreger‹ (Serres 1983) lösen die Zahlen […] den organisationalen Stress erst aus, den sie einzudämmen vorgeben, und tatsächlich auch zu begrenzen erlauben« (Feißt/Molzberger 2016: 138).

Das Wechselverhältnis habitualisierter Praktiken und expliziter Verhaltenserwartungen kommt somit im organisierten Zahlengebrauch besonders prononciert zum Ausdruck. Im gleichen Sinne hat Schäffer (2017) die Kluft zwischen Zählen und Erzählen relativierend dargestellt. Denn auch Gezähltes muss in Organisationen erzählt und damit interpretiert werden, während umgekehrt auch Erzählende implizit zählen (siehe die obigen Ausführungen zur »Kalkularisierung«, 2.2.1 und zu Quantifizierung und Vergleich, 2.2.3), wenn sie ordinale Verhältnisse des »mehr oder weniger« in ihren Erzählungen einfließen lassen. Im empirischen Teil und dem Fazit dieser Arbeit wird darauf ausgiebig abgestellt. Zunächst müssen aber die Erhebungsinstrumente vorgestellt werden, die zur Anwendung kamen.

5.4 Erhebungsverfahren: Expert*innen-Interviews und teilnehmende Beobachtungen

Abweichend vom üblichen Erhebungsverfahren der dokumentarischen Methode – dem Gruppendiskussionsverfahren[2] – basieren die hier noch vorzulegenden Interpretationen hauptsächlich auf Expert*innen-Interviews (vgl. Meuser/Nagel 2002) sowie einigen teilnehmenden Beobachtungen (Lüders 2000; Vogd 2006). Aus Sicht der dokumentarischen Methode ist die Gruppendiskussion insbesondere zur Erforschung homogener Milieus geeignet, da in diesen die Selbstläufigkeit des eingespielten modus operandi besonders zum Vorschein kommt. Für die Zwecke der vorliegenden Arbeit erscheint das Instrument angesichts des gewählten Untersuchungsgegenstands nicht sonderlich angemessen. Organisationale Praktiken zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen zu untersuchen bedeutet, sich in äußerst widersprüchlichen, heterogenen Erfahrungsräumen zu bewegen, die zudem durch formale Regeln und mikropolitisches Agieren gekennzeichnet sind. Neben einer fehlenden Homogenität, wären Gruppendiskussionen zusätzlich auch aus forschungspragmatischen Gründen nur äußerst schwierig zu realisieren gewesen, da die gleichzeitige Verfügbarkeit von Chefärzt*innen und Personen des Krankenhausmanagements für Gruppendiskussionen eine hohe zeitliche Hürde darstellt.

Das *Expert*innen-Interview* ist ein offenes, leitfadengestütztes und vielfältig genutztes Erhebungsinstrument zur Erforschung von Handlungsfeldern, zu denen die befragten Personen als Expert*innen einen besonders kenntnisreichen Zugang haben. Expert*innen erhalten ihren Status nicht zwangsläufig durch gesellschaftliche Konventionen (im Sinne etwa einer Funktionselite), sondern vor allem durch die Zuschreibung des Forschenden, dessen Forschungsinteresse einen Untersuchungsgegensand umreißt, für das gewisse Personen als Expert*innen gelten können: »Expertin ist ein relationaler Status« (Meuser/Nagel 2002: 73). Auch muss eine formelle Rollenzuschreibung, die den Status »Expertin« nahelegt, nicht immer eine Person bezeichnen, die die Forschungen weiterbringt. Beispielsweise kommen Chefärzt*innen ausgehend von ihrer formalen Bedeutung und Stellung in der Krankenhaushierarchie als Expert*innen für Fragen der organisierten Krankenversorgung wie selbstverständlich in Betracht. Mit Blick auf die tatsächlichen Behandlungsabläufe muss das aber nicht zwingend der Fall sein, wenn sie in ihren täglichen Verrichtungen so stark mit administrativen Aufgaben konfrontiert wird, dass ihr praktisches Wissen über die individuellen Fälle oder die »Sorgen auf Station« darunter leidet. Dies kann als Erkenntnis für sich genommen interessiert sein, sollte sich aber bereits im Zuschnitt des Forschungsinteresses widerspiegeln.

2 Bohnsack (2013: 19) weist allerdings daraufhin, dass (narrative) Interviews schon früh Eingang in dokumentarische Auswertungen gefunden haben.

Dem Expert*innen-Interview geht es in erster Linie darum, ein »institutionell-organisatorischen Handlungsbedingungen« (ebd.: 81) spezifisches *Erfahrungswissen* zu heben und nicht darum, der befragten Person in Gänze gerecht werden zu wollen. Dies wäre dann Sache des biographischen bzw. narrativen Interviews (siehe Schütze 1983). Das zu untersuchende Wissen kann forschungslogisch entweder als »Betriebswissen« oder »Kontextwissen« (ebd.:76) fungieren. Für Letzteres kommt das Expert*innenwissen nur als Rahmenbedingung des Forschungsinteresses in Betracht, während es als *Betriebswissen* im Zentrum steht. Wie in der vorliegenden Untersuchung geht es dann um ein besseres Verständnis der Strukturen und Prozesse (etwa Entscheidungs- und Anwendungsprozesse), die im Handeln und Wissen der Expert*innen zum Ausdruck kommen. Vorstrukturiert wird das Betriebswissen durch ein theoriegeleitetes »kategoriales Gerüst« (ebd.), mit dem sich die Forschenden der empirischen Erhebung in einem ersten Schritt nähern (siehe die Ausarbeitungen in Kapitel II bis IV). Auf die Erstellung eines offenen Leitfadens folgt die Erhebungsphase. Anschließend werden die in den Interviews gesammelten Daten zu »Wissens- und Handlungsstrukturen, Einstellungen und Prinzipien« (ebd.: 77) methodisch kontrolliert ausgewertet und mit Blick auf homologe Charakteristika des Handlungsfeldes theoretisch reflektiert bzw. typisiert.

Die *teilnehmende Beobachtung* wiederum zielt als ethnographisches Erhebungsinstrument darauf, der »Logik der gelebten Praxis« (Vogd 2006: 90), wie sie auch in Expert*innen-Interviews im Fokus steht, noch näher zu kommen. Insbesondere dort, wo das Handlungsfeld besonders komplex ist (etwa in Organisationen), kann es äußerst ertragreich sein, sich an die Fährte der Expert*innen zu heften und ihr Handeln im *Entstehungs- und Vollzugskontext en détail* zu untersuchen. Im Zuge der sehr aufwendigen Erhebungen können dort Selbstbeschreibungen – z.B. angefertigt in Expert*innen-Interviews – auf ihre Aussagekraft hin überprüft und gegebenenfalls mit Widersprüchen in Verbindung gebracht werden, wie sie in der alltäglichen Handlungspraxis mitunter zum Vorschein kommen. Die Forschenden greifen dafür in aller Regel auf Beobachtungsprotokolle zurück, die während der Beobachtungen erstellt wurden und die damit auf flüchtigen Leistungen des Kurzzeitgedächtnisses beruhen. Sie sollen Auskunft geben über Themen, Personen, Objekte, sowie die Sequenzialität von Tätigkeiten und Kommunikationen der sozialen Praxis. Um sich der Angemessenheit seiner (notwendig lückenhaft bleibenden) Beobachtungen so sicher wie möglich sein zu können, sollten Forschende ihre Protokolle nicht erst nach den Beobachtungen erstellen, sondern stets in der Situation, wie sie sich augenblicklich darstellt, sollten hierbei aber durchaus auf Abkürzungs- und sonstige Strukturierungsleistungen, die ein schnelles Erfassen ermöglichen, zurückgreifen. Darüber hinaus ist es ratsam, die soziale Praxis, die beobachtet wird, möglichst deskriptiv und ohne »Zurechnung von Motiven« (ebd.: 93) zu erfassen, da sonst die Beobachtungen schnell zu Interpretationen werden, die die soziale Praxis nur allzu leicht verzerren. Schnell jedoch gerät das eigent-

lich Wesentliche des Forschungsanaliegens aus den Augen, wenn Forschende mit der ungefilterten Komplexität des Handlungsfeldes konfrontiert werden. Daher erscheint es sinnvoll, den Untersuchungsgegenstand bereits im Vorfeld der empirischen Erhebungen einerseits metatheoretisch zu konturieren (siehe Kapitel II bis IV). Andererseits bietet sich empirisch eine Triangulation zwischen Expert*innen-Interviews und teilnehmenden Beobachtungen zur Schärfung und Klärung von offenen Forschungsfragen als geeignetes Vorgehen an. Die Expert*innen-Interviews können den Beobachtungen vorausgehen oder während der Beobachtungsphasen geführt werden. Insofern wird hier (mit Vogd 2006: 92ff.) von der ethnographischen Forschungshaltung abgewichen, für die es üblich ist, das Feld ohne konkreten Fragenkatalog zu betreten und die Theorie ausschließlich aus der direkten Auseinandersetzung mit der empirisch vorgefundenen Welt zu entwickeln.

Expert*innen-Interviews sind unter praxissoziologischen Gesichtspunkten nicht unumstritten. Schmidt (2012) stellt etwa darauf ab, dass die Vollzugswirklichkeit sozialer Praxis nur mit ethnographischen Methoden (etwa teilnehmenden Beobachtungen) erschlossen werden könne. Interviews würden nicht über die Ebene der Theorien über die Praxis hinausreichen, da man es dort mit sprachlichen Äußerungen und nicht mit körperlichen Performanzen zu tun habe. Aus dem Lager der dokumentarischen Methode gibt es jedoch auch Stimmen, die darauf insistieren, dass durch die Analyse von gewissen Textsorten (insbesondere Erzählung und Beschreibung) sehr wohl auf das implizite Wissen der Praxis rückgeschlossen werden kann (vgl. Nohl 2009; Vogd 2006; Vogd et al. 2018; siehe auch Meuser/Nagel 2002). Darüber hinaus ist mit Blick auf Bourdieus Habitustheorie davon auszugehen, dass Menschen ihre inkorporierten Denk- und Handlungsschemata nicht ohne Weiteres abstreifen können. Insbesondere bei der Thematisierung schwieriger, heikler Themen ist – vorausgesetzt es herrscht ein Gesprächsklima des Vertrauens und auf Augenhöhe (vgl. Meuser/Nagel 2002) – davon auszugehen, dass aufkommende Erzählzwänge sich vor dem Hintergrund erlebter sozialer Praxis vollziehen. Bei der Frage, wie Ärzt*innen mit wirtschaftlichem Druck umgehen und ob sie gegebenenfalls entgegen einverleibter professioneller Schemata agieren, ist die Annahme einer durch Erzählungen und Beschreibungen stimulierten Reaktivierung der Muster, die sich in der sozialen Praxis eingeschliffen haben, alles andere als unplausibel.

5.5 Sample und Fallauswahl

Die folgenden empirischen Analysen fußen auf dem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft im Zeitraum zwischen 2013 und 2016 finanzierten Forschungsprojekt »Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement«. Die Studie verfolgte die Frage, inwiefern das Krankenhausmanagement unterschied-

lichen Erwartungen und Ansprüchen medizinischer, wirtschaftlicher, rechtlicher und pflegerischer Provenienz in ihrer alltäglichen Praxis gerecht werden kann. Hierzu wurden Mitglieder des Krankenhausmanagements – geschäftsführende Direktor*innen, Pflegedirektor*innen und Ärztliche Direktor*innen – sowie Chefärzt*innen aus den chirurgischen und internistischen Fächern in Expert*innen-Interviews befragt. Hinzu kamen teilweise sich über eine Woche erstreckende Feldphasen, in denen teilnehmende Beobachtungen zu unterschiedlichen Aspekten des Krankenhausalltags (Sitzungen des Krankenhausmanagements, sog. »Chefarztrunden«, OP-Situationen, Visiten, und andere Aspekte mehr) unternommen und protokolliert wurden. Insgesamt finden sich 15 Krankenhäuser der Regel- und Schwerpunktversorgung (Richtwert 300 Betten) im Sample, die so ausgewählt wurden, dass alle Krankenhausträgertypen (konfessionell-gemeinnützig, öffentlich und privat) und räumliche Lagen (urbaner und ländlicher Raum sowie alte und neue Bundesländer) jeweils mindestens doppelt im Sample repräsentiert waren. Insgesamt wurden 71 Expert*innen-Interviews mit einer durchschnittlichen Länge von 50 Minuten geführt (vgl. Vogd et al. 2018: 28).

Das diese Arbeit beschäftigende Thema des Zusammenspiels von Ärzt*innen mit Personen des Controllings und der Geschäftsführung in Hinblick auf DRG und Management-Kennziffern war bereits im DFG-Forschungsprojekt anvisiert und Teil des Leitfadens für die Expert*innen-Interviews (vgl. ebd. 28ff.). Allerdings wurde im Verlauf der ersten Erhebungsphase klar, wie bedeutend und kontrovers das Thema tatsächlich für die organisationale Praxis in Krankenhäusern ist. Als Konsequenz wurden die darauf bezogenen Analysen im Forschungsprozess (im Rahmen der Interviews sowie den teilnehmenden Beobachtungen) ausgeweitet und im Zuge der vorliegenden Arbeit stärker theoretisch wie empirisch untersucht. So ergab sich im Feld zwei Mal die Gelegenheit Controller zu interviewen und teilnehmend zu beobachten, woraufhin sich der Fokus der vorliegenden Forschungsarbeit weiter verdichtete. Die Fallauswahl wurde nach dem Prinzip des »theoretical sampling« (Glaser/Strauss 1998 [1967]) durchgeführt und sollte möglichst alle Trägerformen, unterschiedliche medizinische Fachbereiche und Spezialisierungen sowie räumliche Lagen (städtisch/peripher) aufweisen. Letztlich wurden der vorliegenden Arbeit insgesamt 17 Expert*innen-Interviews zugrunde gelegt sowie zwei teilnehmende Beobachtungen an zwei Standorten, die jeweils formulierend und reflektierend interpretiert wurden.

Das Vorgehen sah wie folgt aus: zunächst wurden alle Interviews formulierend interpretiert und im Zuge dessen alle Interviewpassagen markiert, in denen *explizit* die Themen Controlling, DRG, professionelle Leistungserstellung sowie Zusammenarbeit zwischen Management und Ärzteschaft zur Sprache kamen. Die markierten Passagen wurden dann in einem iterativen Prozess verschiedenen Themenclustern zugeordnet, um die relevanten Konstellationen, in denen sich Auseinandersetzungen um und über Wirtschafts- bzw. Controllingaspekte vollziehen,

abzubilden. Daraus ergaben sich die Begriffspaare – »Transparenz und Mangel« (6.1), »Vergleich und Konkurrenz« (6.2), »Verantwortung und Aktivierung« (6.3) sowie »Objektivität und Krankenhausökonomie« (6.4). Im Zuge erster reflektierender Interpretationen im Cluster »Transparenz und Mangel« konnte das gemeinsame *Orientierungsdilemma* (Przyborski 2004: 56, 319f.) aller Fälle rekonstruiert werden: es zeigte sich als relationales Verhältnis von *Autonomie und Kalkulation*, mit dem positive wie negative Gegenhorizonte einhergingen, die als logisch nicht vereinbar bzw. inkommensurabel aufschienen und (teils sehr starke) habituelle Spannungen zum Vorschein brachten. Die praktische Bearbeitung und das In-Beziehung-Setzen dieses »generativen Musters« (Bohnsack 2013: 249) stellt somit das gemeinsame Bezugsproblem bzw. die funktionale Basistypik (vgl. Vogd 2018a) der Fälle dar, welche die weitere sinngenetische Typenbildung als vergleichendes Drittes anleitete. Alle in den jeweiligen Begriffspaaren verorteten Textpassagen wurden daraufhin reflektierend interpretiert und im Sinne einer sinngenetischen Typenbildung weiter begrifflich abstrahiert.

Es wurde im Sinne einer funktionalen Typenbildung (Vogd 2018a) darauf geachtet, das Verhältnis von Autonomie und Kalkulation über die Spannungen zwischen den Habitus der Akteur*innen und den Dynamiken des neuen ordnungspolitischen Settings zu rekonstruieren. In diesem Setting zeichnet sich – wie oben unter 4.2.1 bis 4.2.3 gezeigt werden konnte – eine stärkere Verschränkung zwischen einem rechnerischen Zugriff auf medizinische Leistungen (infolge der quantitativen Qualitäts- und Leistungsindikatoren der gesundheitsökonomischen Disziplinen und der Finanzarchitektur der DRG) und der organisierten Krankenbehandlung ab, die vermehrt auf Managementinstrumente und Rechenpraktiken des Controllings und Qualitätsmanagements setzt. Im Sinne einer sinngenetischen Typik wird also die soziale Praxis als sozio-technisches Arrangement in Akteur-Netzwerken vermittels der drei Existenzweisen der Ökonomisierung (Latour 2007,2014) zwischen Ordnungspolitik (Institution) und Krankenhaus (Organisation) rekonstruiert. Wie im Verlauf der Argumentation offensichtlich geworden sein sollte, stellt die Reformulierung des Ökonomischen eben genau auf diese den ökonomischen Wissensgebieten bzw. Existenzweisen (Latour 2014, siehe oben 3.4.1 bis 3.4.3) inhärente, performative Verschränkung von Theorie und Praxis bzw. Außen und Innen, die Übersetzung von Qualität und medizinischem Professionalismus in Zahlen und kalkulativen Praktiken ab. Es soll also bei den nachfolgenden Rekonstruktionen nicht darum gehen, eine soziogenetische oder trägerspezifische Typik zu entwickeln (siehe hierzu auch Vogd et al. 2018: 33-58), vielmehr soll das neue sozio-technische Arrangement auf das jeweilige Krankenhaus eingrenzbar werden, um so neben den ärztlichen wie kaufmännischen Horizonten auch auf den Gesamtkontext »Krankenhausmanagement«, in dem das Orientierungsdilemma zwischen Autonomie und Kalkulation besonders zum Vorschein kommt, zurechnen zu können.

Das Sample[3] stellt sich in der Übersicht wie folgt dar:

3 Die im Sample enthaltenen Personen und Krankenhäuser wurden – wie es für qualitative Forschungsarbeiten üblich ist – allesamt zum Schutz der vertraulichen Angaben sowie zur Erhöhung der Lesbarkeit mit Pseudonymen versehen, die in nachfolgender Tabelle dargestellt sind.

Tabelle 1 Übersicht des empirischen Samples

Haus	Person	Funktion	Erscheint in den empirischen Rekonstruktionen
»Klinikum Wahlstädt«, privater Träger, großstädtische Lage, Verbundklinik mit einer weiteren Klinik in gleicher Stadt	Herr Helmstedt	Geschäftsführender Direktor	6.1 und 6.4
	Frau Martens	Klinik- und Qualitätsmanagerin	6.1 und 6.4
	Herr Sievers	Chef-Controller	6.1 und 6.4
	Herr Schlenk	Ärztlicher Direktor und Chefarzt für Innere Medizin (Gastroenterologie)	6.4
	Herr Falter	Chefarzt für Chirurgie(Allgemein- und Viszeralchirurgie)	6.1 und 6.4
Krankenhaus »Akinovis«, öffentlicher Träger, großstädtische Lage, Teil eines Klinikkonzerns sowie einer Geschäftsführung, die zwei Kliniken als »Regionalkrankenhaus« verantwortet	Frau Schwerdtfeger	Pflegedirektorin	6.2
	Herr Gondorf	Ärztlicher Direktor und Chefarzt für Innere Medizin (Infektiologie und Gastroenterologie)	6.2
	Herr Peters	Chefarzt für Chirurgie (Orthopädie und Unfallchirurgie)	6.2 und 6.4
	Herr Gelmann	Chefarzt für Innere Medizin (Kardiologie)	6.2 und 6.4
Krankenhaus »Verolina«, ehemals katholischer Träger, etwa ein Jahr vor Interviewführung Übernahme durch privaten Krankenhauskonzern, kleinstädtische Lage	Herr Blumenthal	Ärztlicher Direktor und Chefarzt (Gynäkologie und Geburtshilfe)	6.3
	Frau Henschel	Kaufmännische Direktorin	6.4
»Klinikum zur Wessel«, ehemals katholischer Träger, etwa zwei Jahre vor Interviewführung Übernahme durch einen privaten Krankenhauskonzern, periphere Lage	Herr Hocke	Chefarzt für Innere Medizin (Kardiologie)	6.3
	Herr Heckmann	Geschäftsführer des Klinikkonzerns	6.3
	Herr Stehrig	Kaufmännischer Direktor des Klinikums	6.3
Krankenhaus »Hermelin«, Teil eines privaten Klinikkonzerns, städtische Lage	Herr Fürstenberg	Kaufmännischer Direktor des Krankenhauses	6.3
	Herr Schmidt	Chefarzt für Innere Medizin (Gastroenterologie) und Inhaber einer Kassenlizenz	6.3 und 6.4
Krankenhaus »Angelios«, konfessioneller Träger, großstädtische Lage	Herr Habert	Vorsitzender der Geschäftsführung	6.4

6. Empirische Analyse

Die nachfolgend dargestellten empirischen Ergebnisse untersuchen Ökonomisierungsphänomene anhand thematischer Bezüge bzw. Cluster, wie sie sich in den nach Unterkapitel gegliederten Begriffspaaren widerspiegeln. Das erste Kapitel (6.1) befasst sich mit dem Verhältnis von »Transparenz und Mangel« und beleuchtet die basale Spannung des zeitgenössischen Krankenhauses zwischen medizinischer Professionalität und ökonomischer Kalkulation. Die Leser*innen begegnen dabei dem städtischen »Klinikum Wahlstädt«, das sich auf einem strategischen Wachstumskurs befindet. Die Rekonstruktionen beginnen mit dem Chefarzt für Chirurgie, Herrn Falter, der von seinen Erfahrungen mit den Fallpauschalen berichtet und Einsichten über das Zusammenspiel zwischen Chefärzt*innen und Krankenhausleitung teilt. Hinzu kommt der geschäftsführende Direktor, Herr Helmstedt, der sein Krankenhaus in einen größeren versorgungssystemischen Zusammenhang stellt und einen Einblick in sein praktisches Wissen zu Steuerungs- und Führungsaufgaben im »Klinikum Wahlstädt« gewährt sowie sein Chef-Controller, Herr Sievers, der ebenfalls beim Interview anwesend war.

Das zweite Kapitel 6.2 beleuchtet anhand des Krankenhauses »Akinovis« den Zusammenhang von Vergleich und Konkurrenz. Es kommen die Pflegedirektorin Frau Schwerdtfeger sowie drei Chefärzte des städtischen Klinikums, Herr Gondorf (gleichzeitig Ärztlicher Direktor und Chefarzt für Infektiologie und Gastroenterologie), Herr Peters (Chefarzt für Orthopädie und Unfallchirurgie) und Herr Gelmann (Chefarzt für Kardiologie), zu Wort. Die Interviewauszüge befassen sich mit den Konsequenzen der DRG-Abrechnungslogik für die fachbereichsübergreifende Kooperation unter Ärzt*innen im Zuge einer in formaler Hinsicht bereits vollzogenen Regionalisierungsstrategie des Krankenhauskonzerns, die darin besteht, zwei Kliniken (dem größeren der beiden Standorte gehören die drei Chefärzte an) zu einem Regionalkrankenhaus mit zwei kooperierenden Standorten und einer Geschäftsführung zusammenzuziehen.

Kapitel 6.3 stellt anschließend auf das Paar aus Verantwortung und Aktivierung ab. Zu Wort kommen Herr Blumenthal, Ärztlicher Direktor und Chefarzt für Gynäkologie und Geburtshilfe am erst kürzlich von einem privaten Krankenhauskonzern übernommenen Krankenhaus »Verolina« in kleinstädtischer Lage, sowie

drei Protagonisten des »Klinikum zur Wessel«: Herr Hocke, Chefarzt für Kardiologie, Herr Heckmann, Geschäftsführer des Klinikkonzerns und Herr Stehrig, Kaufmännischer Direktor des Klinikums. Hinzu kommen Herr Schmidt, Chefarzt für Gastroenterologie, und Herr Fürstenberg, kaufmännischer Direktor des Krankenhauses »Hermelin«, die sich zu den Möglichkeiten und Fallstricken der Akquirierung eines Kassenarztsitzes durch Herrn Schmidt äußern. Alle Interviews illustrieren die neuen Verantwortlichkeiten für leitende Ärzt*innen, die in Verbindung mit den Informationen der Controlling-Abteilung stehen. Besonders in den Fokus gestellt wird hierbei der ambulante Sektor und die netzwerkförmigen Strategien und Praktiken der Krankenhäuser, diesen zu bespielen.

Nach diesem Schwenk nach »außen« kehrt der Analysefokus unter 6.4 wieder zu den Innenverhältnissen der neuen Krankenhauskonfiguration zurück und thematisiert das Verhältnis, welches zwischen den Zahlen und Berechnungspraktiken des DRG-Systems und Vorstellungen über eine sachgerechte Krankenhausökonomie besteht. Zu Wort kommen (erneut) Herr Schmidt mit einem Eingangszitat, Herr Habert, als Vorsitzender der Geschäftsführung des konfessionellen Hauses »Angelios«, sowie Frau Henschel, kaufmännische Direktorin des Hauses (»Verolina«), dem Herr Blumenthal angehört. Anschließend kommen erneut Akteur*innen des »Klinikum Wahlstädt« zu Wort. Dort werden Aussagen von Frau Martens analysiert, der Klinik- und Qualitätsmanagerin, dem Geschäftsführer Herrn Helmstedt sowie den beiden Chefärzten Herrn Schlenk und Herrn Falter. Zuletzt werden deren Perspektiven mit den beiden Chefärzten Herrn Peters und Herrn Gelmann aus dem Krankenhaus »Akinovis« kontrastiert.

6.1 Transparenz und Mangel

Den Auftakt gestaltet Herr Falter, seines Zeichens langjähriger Chefarzt für Chirurgie am Klinikum Wahlstädt[1], der seine Erfahrungen im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem geschäftsführenden Direktor Herrn Helmstedt und dem Chef-Controller Herr Sievers schildert. Die Rolle von Frau Martens, der Klinik- und Qualitätsmanagerin des Hauses, wird zunächst nur in einer Fußnote (5) am Rande thematisiert, sie kommt aber in Kapitel IV noch einmal ausführlicher zur Sprache.

1 Die Fälle des Klinikum Wahlstädt, Herr Helmstedt, Frau Martens sowie der später unter 6.4 noch auftretende Herr Schlenk wurden bereits in einem veröffentlichen Sammelbandartikel von Feißt/Molzberger (2016) herangezogen und analysiert.

Die Verkehrung des Gewöhnlichen – Eine neue klinische Aufmerksamkeit zwischen Einzelfall und Fallmenge

> »*Interviewer:* Ich frage deshalb, weil (.) uns auch ein Stück weit interessiert, was sich aus Ihrer Erfahrung, aus Ihrer Expertise heraus durch die Einführung des Fallpauschalensystems, der DRGs und der veränderten Funktion oder Bedeutung des Controllings sozusagen sich in Ihrem Alltag, in Ihrem Berufsalltag verändert hat?
> *Herr Falter:* Das ist eine Frage, die Sie besser nicht stellen sollten.
> *Interviewer:* (Lacht).
> *Herr Falter:* (Lacht) Das ist/es ist eigentlich völlig klar, was passiert ist oder es ist das passiert, was passieren musste. Durch die Einführung der DRGs ist das Controlling in die Lage versetzt worden, die Fälle wirklich bis im Detail hinein zählbar zu machen. Und diese Zählbarkeit der Fälle führt dazu, dass der Fokus insgesamt weg vom Patienten und weg vom Einzelfall hin auf die Fallmenge gerichtet wird. Und als Abteilungsleiter muss man sich heutzutage oder ich glaube jeder muss das, aber speziell bei mir fällt mir das natürlich auch auf, dass man sich immer wieder ins Gedächtnis rufen muss oder bewusst machen muss, dass man nicht nur dazu da ist, die wirtschaftliche Sicherheit des Hauses durch eine entsprechend hohe Fallzahl zu sichern, sondern dass man in erster Linie dafür verantwortlich ist (lacht), dass die Patienten, die sich einem anvertrauen, dass man die optimal behandelt. Und das geht leider nicht immer Hand in Hand. Sagen wir mal das sind schon sich gegenseitig, ich will nicht sagen ausschließende, aber das sind schon widerstreitende Aspekte.«

Gefragt nach dem, was sich durch die Einführung des Fallpauschalensystems und der »veränderten Funktion oder Bedeutung des Controllings« für Herrn Falters Arbeitsalltag verändert hat, entgegnet er zunächst mit einer Zurückweisung der Proposition. Die gestellte Frage als eine zu rahmen, die man besser nicht stellen sollte, wirkt zunächst so, als hätte Herr Falter dies als eine Art Affront empfunden, als bewusst formulierte Provokation des Interviewers. Dass er (wie auch der Interviewer) dabei jedoch lacht, markiert die gestellte Frage als eine gemeinhin heikle und doch diskutable und lenkt den Fokus mehr auf die Frage als solche denn auf sein Verhältnis zum Interviewer. Die darauffolgenden Erörterungen sind dann auch deskriptiver Natur und im Ton sachlich. Die Veränderung des eigenen Berufsalltags wird als *notwendige* Entwicklung angesichts der Beschaffenheit der DRG geschildert. Die DRG erlaubten der Controlling-Abteilung ihre Analysen weiter, d.h. detailreicher, als bisher voranzutreiben. Als Analyseeinheit erscheinen hier (zählbare) »Fälle«, die nun einer Mengenbetrachtung zugeführt werden können. Was als ärztliche Kasuistik einst professionelles Erkennen und Handeln entlang situativer Rahmungen in Interaktionsprozessen zwischen Arzt und Patient*in anleitete (vgl. Vogd 2004), erhält durch die »Zählbarkeit der Fälle« aus Sicht von Herrn Falter eine problema-

tische Form. Die Analysebewegung »weg vom (…) Einzelfall hin auf die Fallmenge« führt in entscheidender Weise »insgesamt weg vom Patienten«.

Der von Herrn Falter hergestellte Zusammenhang zwischen der Fähigkeit zur detaillierten Zählung von Fällen und dem daraus resultierenden Blick (»Fokus«) auf Patient*innen läuft auf eine *neue Aufmerksamkeit* für selbige hinaus. Es deutet sich hierin eine erste Paradoxie an, die wesentlich für die neue Aufmerksamkeit ist: ein Zuwachs an quantitativen Daten über den einzelnen Fall führt geradewegs *von ihm weg*. Anstatt sich also en détail mit den zählbaren Eigenschaften des einzelnen Falls zu beschäftigen, dominiert aus Sicht von Herrn Falter die Betrachtung eines bestimmten Quantums, der Blick auf Patient*innen als Teil einer »Fallmenge« homogener Erkrankungsgruppen. Was die analytischen Gründe hierfür sind, bleibt zunächst offen. Was aber für Herrn Falter als »Abteilungsleiter« im Besonderen aus der neuen Aufmerksamkeit folgt ist eine Situation, in der wirtschaftliche Ziele und eine optimale Patientenbehandlung als »widerstreitende Aspekte« erfahren werden. Kalkulation und Autonomie treffen in Personalunion des Chefarztes in neuer Vehemenz aufeinander, machen aber längst nicht Halt vor anderen Statusgruppen (»ich glaube jeder muss das«).

Das Aufeinandertreffen erscheint als ein *Relevanz-* oder besser: als ein *Priorisierungskonflikt* vor dem Hintergrund einer schon in weiten Teilen eingeschriebenen Praxis. Der zunächst über die detailreichere Zählbarmachung der Fälle heranwachsende Konflikt erhält seine besondere Qualität aus dem Imperativ, die in Frage stehende »wirtschaftliche Sicherheit des Hauses« über eine »entsprechend hohe Fallzahl« zu sichern. Es wird offenbar, dass sich vermittels Mengenanalyse ein Erwartungshorizont konstituiert, der sich einerseits zwar auf eine tiefere Durchdringung des singulären Falls stützt, diese Einzelheiten aber gleichzeitig zu einem Quantum – der Fallmenge – gebündelt werden und auf ein Set an Verhaltenserwartungen abgepasst sind. Dieses Set hat die »wirtschaftliche Sicherheit des Hauses« zum Ziel und ist eben nicht – was Herr Falter als positiven Gegenhorizont einbringt – auf die Verantwortung gegenüber dem einzelnen Fall gerichtet. Der in der Position des Chefarztes kulminierende Priorisierungskonflikt läuft zunächst auf eine Referenzverschiebung die Organisation »Krankenhaus« betreffend hinaus. Was einst als von ärztlicher Heilkunst und pflegerischer Sorge dominierter Ort galt, findet sich heute einer existenziellen Verunsicherung gegenüber: die des wirtschaftlichen *Überlebens*.

Der Konflikt läuft damit auf eine Unterscheidung zwischen einer die Organisation Krankenhaus betreffenden Gefahr bzw. eines Risikos, allgemeiner einer existenziellen Unsicherheit auf der einen Seite und der individuellen Verantwortung des Arztes gegenüber seinen ihm anvertrauten Patient*innen auf der anderen Seite hinaus, diese »optimal« zu behandeln. Unisono verbindet Herr Falter die Erwartung »eine entsprechend hohe Fallzahl zu sichern« mit der kontinuierlich zu vollziehenden Gegenanpassung, sich »ins Gedächtnis [zu] rufen […], dass man nicht

nur dazu da ist« Fallzahlen zu generieren. Die Priorisierung der Patient*innenverantwortung wird mit einem Lachen quittiert, das bittere Züge trägt. Denn es deutet auf eine Verschiebung innerhalb der eigenen Professionalität hin, wonach die *Selbstverständlichkeit* der Arzt-Patienten-Beziehung einer fragilen *Selbstbehauptung* gewichen ist, die aktiv erinnert und gegen »widerstreitende« Anforderungen ökonomischer Provenienz austariert werden muss. Das Abwägen und Abwiegen im Sinne eines In-Beziehung-Setzens der eigenen handlungspraktischen Verantwortung zwischen individueller Patient*innenbehandlung und ökonomischer Zielerreichung erscheint als grundsätzlich *neues Bezugsproblem* medizinischer Professionalität.

Dieser Prozess hat mindestens zwei Ebenen. Zum einen geht es darum, die eigene Praxis *multiperspektivisch* und somit *offen* zu halten. Herr Falter ist angehalten der *reduktionistischen* Verkürzung von Medizin und Patient*innenbehandlung seitens ökonomischer Imperative zu widerstehen. Er leistet seine professionelle Hilfe nicht ausschließlich zum Wohle des wirtschaftlichen Überlebens seines Krankenhauses, sondern maßgeblich zum Wohle der Patient*innen. Hier zeigt sich bereits eine beträchtliche Verschiebung der zur Disposition stehenden Wertigkeiten: Sich gegen die Ausschließlichkeit ökonomischer Programmierung zu wehren (»nicht nur dazu da ist«) bedeutet, das ohnehin schon geschrumpfte professionelle Refugium vor dem vollständigen Verschwinden zu bewahren. Unter umgekehrten Vorzeichen wäre folglich die Einsicht zu erwarten gewesen, dass ärztliches Handeln (freilich unter selbst erwählten Bedingungen) *auch ö*konomische Aspekte zu berücksichtigen hat. Zum anderen vollzieht sich die Auseinandersetzung an mehreren Fronten.

Da Herr Falter vor allem darauf insistiert, der ökonomischen Vereinnahmung auf *mentaler* Ebene aktiv zu begegnen (»immer wieder (.) ins Gedächtnis rufen muss oder bewusst machen muss«), lässt sich thesenhaft von einem bereits beträchtlichen Maß an Habitualisierung des neuen Bezugsproblems ausgehen. Als Abteilungsleiter scheint er bereits daran gewöhnt, in der Rolle des Arztes *und* der des Klinikmanagers adressiert zu werden und auch so zu handeln. Und doch wirkt ob der selbstbezogenen und stets zu wiederholenden Übung, nicht zu vergessen, worin der ärztliche Auftrag eigentlich besteht, die Lage nicht weniger prekär. Insofern ist der dahinterliegende »Witz« des Insistierens (das zunächst etwas deplatziert wirkende Lachen an der Stelle, wo Herr Falter die Priorität der Patient*innenverantwortung betont) in einer *Verkehrung des Gewöhnlichen* zu sehen. Einer als abstrus und geradezu surreal anmutenden Erfahrung, die bereits in Praktiken habitualisiert ist und gerade deshalb als durchaus entrückter Zustand (mental) (re-)präsent gehalten werden muss. Ferner wirkt die durch die Mengenbetrachtung induzierte Veränderung des Blicks auf den einzelnen Patienten auch auf den ihn behandelnden Arzt zurück. Der Verdinglichung der Patient*innen folgt der Servicecharakter des Arztes, der das Krankenhaus mit genügend Fällen »versorgt«. Der Akzent liegt

folglich dann auch darauf, *als* Abteilungsleiter die kollegiale, patient*innenbezogene Verantwortung der gesamten Abteilung (»ich glaube jeder muss das«) in den Vordergrund zu rücken. Multiperspektivität bzw. Anti-Reduktionismus sind nicht nur eine individuell einzuübende Orientierung des Chefarztes, sondern als kollektiver Auftrag der gesamten Klinik zu verstehen.

> »*Herr Falter:* Und (.) man muss sehr darauf achten, sowohl in der (.)/bei der (…) Gestaltung der Atmosphäre in der Abteilung sehr darauf achten, dass man nach unten hin, mit unten meine ich jetzt die Oberarztebene und die Assistentenfacharztebene und die Assistentenebene, nicht den Eindruck vermittelt, dass es hier nur darum geht, eine gewisse Anzahl von Fallpauschalen in einer bestimmten Zeit zu erbringen und damit eben den Leistungskatalog zu erfüllen, um am Ende des Jahres vor der Geschäftsführung gut dazustehen, sondern es hier in erster Linie darum geht, jeden einzelnen Fall optimal zu versorgen. Und in zweiter Linie kann man sich auch über die Fallstatistik unterhalten, aber das ist eben/soll und muss immer zweitrangig bleiben. Das wird natürlich von der kaufmännischen Seite nicht so gesehen und die kaufmännische Seite kann sich ja um die Einzelfälle nicht kümmern, das soll sie ja auch nicht, aber man muss sich glaube ich immer wieder bewusst machen, (.) dass das Bringen von Fällen alleine nicht das oberste Ziel ist. (…) Und insofern war die Einführung der Fallpauschalen sicherlich ein (.)/oder ist nach wie vor (…) salopp gesprochen und allgemein gesprochen der prinzipielle Anreiz, (…) Anreiz in die falsche Richtung, den man pausenlos korrigieren muss. Oder ja, dessen man sich bewusst sein muss und dem man sich nicht ergeben muss.«

Im gleichen Absatz zeigt sich der Priorisierungskonflikt auch im Umgang mit dem eigenen Personal, wenn Herr Falter von der »Gestaltung der Atmosphäre in der Abteilung« spricht. Was man ihm als wohlmeinende Führungsphilosophie auslegen muss, kann die eigene Verzagtheit jedoch nicht verbergen. Die grundsätzliche Spannungslage bleibt offensichtlich unangetastet angesichts des skizzierten Versuchs, die Priorisierungsleistung hinsichtlich medizinischer und ökonomischer Ziele für das ärztliche Personal der niederen Hierarchiestufen über atmosphärische Glättungen abzublenden. Im Sinne eines »impression management« (Schlenker 2001) geht es hier für Herrn Falter als Abteilungsleiter eher darum, dem Kollegium einen den Konflikt entschärfenden »Eindruck« zu vermitteln und weniger darum, tatsächlich größere Freiheitsgrade bei der Patient*innenbehandlung zu erwirken (»nicht den Eindruck vermittelt, dass es hier nur darum geht eine gewisse Anzahl von Fallpauschalen in einer bestimmten Zeit zu erbringen«). Die kurzen und doch aufschlussreichen Ausführungen zur Geschäftsführung belegen, dass Herr Falter hier auch gar nicht seine Kompetenz verortet sieht. Der die ökonomische Seite repräsentierenden Geschäftsführung billigt er grundsätzlich eine eigene Domäne bzw. Rationalität zu. Auch dient diese als negativer Gegenhorizont, wenn dessen

Rechenpraktiken – die Fallpauschalen – als »pausenlos« zu korrigierender »Anreiz in die falsche Richtung« beschrieben werden. Vermittels Gegenhorizont wird dabei auch die eigene Orientierung konstituiert: der Auftrag der Geschäftsführung liegt eben *naturgemäß* nicht in der Betrachtung von Einzelfällen – dafür ist einzig und allein das ärztliche Personal verantwortlich. Gleichwohl besteht kein Zweifel daran, dass dies weder der Ansicht der Geschäftsführung entspricht, noch, dass sich dafür eine grundsätzliche Lösung abzeichnet. Vielmehr liegt es im Wesen des neuen funktionalen Bezugsproblems begründet, einen permanenten und universalen Konflikt der Priorisierung hervorzubringen, der jeweils nur partiell, besser: situativ gelockert werden kann.

Mit welchen Praktiken und Absichten dies einhergeht, zeigt sich an einer nachfolgenden Sequenz:

> »*Herr Falter:* Es geht auch darum, ob man einem Patienten, der den Wunsch hat, mehrere Eingriffe in einem Krankenhausaufenthalt zu tun, ob man diesem Wunsch nachkommt (.) oder das vielleicht sogar aktiv anbietet. Obwohl es eigentlich wirtschaftlich gesehen Unsinn ist. Und das ist etwas, was man (.) tagtäglich (.) tun sollte beziehungsweise wo man sich eben immer wieder prüfen sollte, (.) fälle ich die Entscheidung aus wirtschaftlichen Überlegungen heraus oder aus patientenorientierten und krankheitsorientierten Überlegungen heraus. Und solange man in einem Haus arbeitet, wie diesem hier, wo man eigentlich immer viel zu viele Fälle hat und das sowieso (.)/also aus der großen Fallzahl nicht befürchten oder wegen der großen Fallzahl nicht befürchten muss, dass man seine Leistungsziffer nicht schafft, kann man sich das natürlich leisten so etwas zu tun und wir tun das auch. Wir tun das auch ganz bewusst und wir gehen auch davon aus, dass dieses Tun, dieses antizyklische Tun quasi, also gegen eine optimale Ausnutzung der Fallpauschalen-Möglichkeiten auch nach außen hin ein Signal ist, (.) dass wir ein Haus sind, in dem das nicht passiert. Ich hoffe, dass das wahrgenommen wird, von niedergelassenen Kollegen zum Beispiel wahrgenommen wird, dass bei uns Patienten, die eben mit beidseitigen Leistenhernien kommen, auch beidseitig sofort versorgt werden und nicht einseitig nach Hause geschickt werden und nach einem entsprechenden Intervall nochmal wieder aufgenommen werden, was man natürlich sehr viel besser abrechnen kann.
> *Interviewer:* Weil es zwei Fälle sind oder mehrere Fälle?
> *Herr Falter:* Weil es zwei Fälle sind, die einfach wirtschaftlich sehr viel besser abgebildet werden können. (.) Und dass wir eben auch viele Dinge gleichzeitig tun. Dass wir also zum Beispiel wenn wir einen Tumorpatienten haben und der hat noch eine weitere Erkrankung funktioneller Art, die man mitbeheben kann, dass wir das tun, (.) ohne zu sagen das ist etwas, wo er wiederkommen kann. Und dann haben wir eine neue Fallpauschale und dann haben wir doch schon

> mal einen großen Teil unserer Leistungsbilanz gesichert durch solche Manöver oder durch solche Überlegungen. Und genau das tun wir nicht.«

Die geschilderte Praxis des Abwägens und Tarierens konkretisiert sich hier anhand der umgehenden Berücksichtigung oder gar aktiven Umwerbung der Patient*innen, gleich mehrere Eingriffe binnen eines Aufenthalts vornehmen zu lassen. Auch wenn dies ökonomisch »Unsinn« sei, gibt Herr Falter *sich selbst auf*, sich als behandelnder Arzt »tagtäglich« im Sinne des Wohls der Patient*innen zu prüfen. Die Prüfung überragt so stets die rein sachliche Ebene und gerinnt zur iterativen Entscheidung über die eigene professionelle Haltung. Daraufhin bemüht er ein durchaus ökonomisches Argumentationsmuster, wenn er die eigenen relativen Freiheitsgrade mit einer Situation in Verbindung bringt, »wo man eigentlich immer zu viele Fälle« habe. Die zuvor noch gescholtene Mengenbetrachtung scheint hier die eigene Abteilung in die Lage zu versetzen, sich die eigene Professionalität gewissermaßen *leisten zu können*. Das »antizyklische Tun« wird analog zum »Anreiz in die falsche Richtung« als Praxis einer gegenläufigen Systematik ausgeflaggt, die jedoch nur unter der Prämisse eines *Überflusses* an Behandlungsfällen funktional und möglich erscheint. Darüber hinaus lässt sich die Perspektive noch weiter kapitalisieren, so die Hoffnung von Herrn Falter, wenn es um die Hebung der Reputation bei wichtigen Anspruchsgruppen (z.B. den einweisenden niedergelassenen Ärzt*innen) geht, derartige ökonomische »Manöver« zu unterlassen.

Die beiden zuvor noch als widerstreitend empfundenen Domänen treten hier nun plötzlich in ein viel engeres Verhältnis zueinander: Ökonomische Prosperität eröffnet stets weitere Kapitalisierungsformen, seien diese nun monetär oder indirekt auf einer Reputations- bzw. Marketingebene zu verorten. Ein professionell motiviertes Unterlassen, ein Nicht-Tun wird so zum *ökonomisch sinnvollen Akt* im Vollzug professionellen Abwägens und gibt einen ersten Einblick in ein Arrangement, das nahtlos betriebswirtschaftlich integriert und als Teil des gängigen gesundheitspolitischen Nullsummenspiels erscheint (siehe weiter oben, 4.2.2). Herr Falter demonstriert hier überdies eine durchaus als an der Grenze zur *Vertriebsmentalität* zu bezeichnende Haltung, wenn das »antizyklische Tun« als etwas erscheint, dass er Patient*innen »aktiv anbietet« und von dem er hofft, dass dies durch jene wie durch die niedergelassenen Kolleg*innen goutiert wird. Der Distinktionsgewinn mag medizinisch-professioneller Natur sein, im Grunde liegt aber auch hier bereits eine erwerbswirtschaftliche Latenz vor. Herrn Falters professionell agitierte Leistungsorientierung erscheint allzu leicht an betriebswirtschaftliche Setzungen anschlussfähig, während aus einer volkswirtschaftlichen Perspektive offen zu Tage liegt, dass das Einschwenken auf letztere einer Ressourcenverschwendung gleichkommt. Denn das, was vorher noch »wirtschaftlich gesehen Unsinn« war, entpuppt sich nun als Praxis, die einen betriebswirtschaftlichen Mehrwert produziert und gleichzeitig die professionellen Ziele sichern hilft. Nichts desto trotz funktioniert

dies nur vor dem Hintergrund »guter« Fallzahlen (d.h. »viel zu vieler Fälle«), womit impliziert ist, was zu geschehen hat, wenn die Fallzahlen einmal nicht »gut« sind. Man sieht an dieser ersten Rekonstruktion bereits, dass die vermeintliche Verkürzung ärztlicher Professionalität entlang eines ökonomischen Reduktionismus tatsächlich einer *komplexeren* Praxis Vorschub leistet.

Transparenz oder: Die neue Sichtbarkeit ökonomischen Drucks Nun wird sich den spezifischen Eigenschaften des DRG-Systems und dem in der Literatur bereits dargestellten Beitrag zu einer Transparenz über ärztliche Entscheidungen genähert, den Controlling-Kennziffern vorgeblich liefern.

»*Interviewer:* Und wenn dann/wenn Sie jetzt dann so einen Einzelfall in die eine oder in die andere Richtung entschieden haben, ist es dann so/also wann kommt dann sozusagen der Einspruch von der Geschäftsführung oder vom Controlling? Müssen Sie das dann retrospektiv verhandeln, wird es dann da nochmal/gibt es ein Forum, wo das angesprochen wird oder passiert das eher auf dem kurzen Weg oder wie darf man sich denn diese Intervention vorstellen?
Herr Falter: Die Intervention darf man sich so vorstellen, dass wir von Zeit zu Zeit Weiterbildungsveranstaltungen über das Controlling haben oder durch das Controlling haben, die uns Informationen geben, wie Fallpauschalen optimal genutzt werden können und was man (.) besser verschlüsseln kann beziehungsweise welche (…) Behandlungen und welche Diagnosen gut zusammen zu einem Fallpauschalen-Paket zu schnüren sind und welche eben nicht so gut zusammenpassen. (.) Da werden diese Dinge diskutiert. Und dann letztendlich immer dann, wenn die Fallzahlen nicht mehr stimmen. Also wenn die Anzahl der (.) erbrachten Pauschalen nicht mehr stimmt, wenn man also in der Krankenhauskonferenz dasitzt und rote Zahlen hat. Also halt gemessen an der Leistungsplanung deutlich drunter liegt. Dann wird gefragt, woran denn das liegt und dann muss man sich erklären und dann kann das eventuell auch so (…) auf eine Konfrontation, was die (…) Prioritäten angeht, hinauslaufen.
Interviewer: Das heißt, das wird auch in der Konferenz dann vor allen beteiligten Anwesenden dann ausgebreitet und also, dass dann auch also Abteilungen miteinander verglichen werden und/
Herr Falter: Ja.
Interviewer: Hat sich das/ist das eine Neuerung, ist das etwas, was verstärkt Einzug gehalten hat oder ist das eher eine Sache, die sozusagen mit der DRG-Einführung schon mitunter seit zehn Jahren, ich weiß nicht genau, wann es hier bei Ihnen akut wurde, dann auch so dann gehandhabt wurde? Oder seither gehandhabt wird.
Herr Falter: Also es gab auch vor der DRG-Einführung natürlich eine bestimmte Menge von Fallpauschalen und den Rest halt über Belegungstage. Und es gab

damals natürlich auch Messungen der Leistung. Es gab Leistungskontrollen, nur waren die dadurch, dass man eben nur Belegungstage und Patientenzahlen gemessen hat und nicht die einzelnen Fall/das nicht heruntergebrochen hat bis auf einzelne Fälle, dadurch war der Druck wenn Sie so wollen eher diffus oder etwas diffuser. Jetzt ist es sehr viel konkreter und im Einzelfall natürlich auch unangenehmer und es wird bisweilen dann eben auch von den Ärzten bedrohlicher oder ich merke es auch bei mir selbst, als bedrohlicher erlebt. Wenn einem zum Beispiel vorgerechnet wird, dass die Anzahl der was weiß ich Bauchspeicheldrüseneingriffe sich gegenüber dem Vorjahresdurchschnitt halbiert hat und man sich jetzt fragt, woran liegt das. Haben Sie zu viele Komplikationen, haben Sie keine vernünftige Einweiserpflege betrieben, was passiert da. Und diese Transparenz war eben vorher in der Art und Weise nicht gegeben. Und das hat sich insofern/man hat sie/hat sich die Kontrollfunktion deutlich verbessert und erleichtert, auf der anderen Seite dann natürlich aber auch der Kontrolldruck verschärft. Oder der Druck durch die Kontrollen hat sich verschärft.«

Der Interviewer fragt Herrn Falter nach der Art und Weise des Eingriffs (»diese Intervention«) seitens der Geschäftsführung, die sich nach der ärztlichen Entscheidung über einen einzelnen Fall einstellt. Die Antwort zeugt davon, dass Herrn Falter zunächst keine *unmittelbaren* Eingriffe treffen, Einzelfallentscheidungen also in der Regel nicht kritisch hinterfragt werden. Die Intervention scheint zunächst vielmehr mittelbar und langfristig angelegt zu sein. Im Rahmen von »Weiterbildungsveranstaltungen« soll erlernt werden, wie »Fallpauschalen optimal genutzt werden können«. Das dort erlernte Wissen soll trotz seiner Mittelbarkeit einen direkten Einfluss auf die medizinische Praxis ausüben, vor allem durch das In-Beziehung-Setzen von Diagnosen zu Behandlungsmethoden, die im Ergebnis jeweils zu einem möglichst lukrativen »Fallpauschalen-Paket zu schnüren sind«.

Eine unmittelbare Form der Thematisierung entsteht allerdings immer dann, wenn »die Fallzahlen nicht mehr stimmen« und »man also in der Krankenhauskonferenz dasitzt und rote Zahlen hat«. Es zeigt sich hier, dass die Thematisierung von Zahlen bei Herrn Falter im Zusammenhang mit einer wiederkehrenden *Kommunikation* und *Abbildung eines Mangels* steht. Die *roten* Zahlen weisen einen *Fehlbetrag* aus, eine verfehlte *Zielerreichung*, die in der »Krankenhauskonferenz« vor aller Augen offenbart wird. Die Zurschaustellung dieses Mangels im unmittelbaren Vergleich mit dem gesamten anwesenden (chef-)ärztlichen Kollegium zeugt von einer Managementpraxis, die mit Hilfe solcher Rankings eine vergleichsbasierte Leistungsschau unter Anwesenden etabliert, die »Druck« produziert und als *Quasi-Sanktion* wirksam wird (»und im Einzelfall natürlich auch unangenehmer und es wird bisweilen dann eben auch von den Ärzten bedrohlicher oder ich merke es auch bei mir selbst, als bedrohlicher erlebt«). Tatsächlich ist jedoch eine bemerkenswerte zeitliche Flexibilisierung der Interventionsmöglichkeiten vorhanden, die durch

Controlling-Zahlen entsteht. Der rein logisch konzedierte »prinzipiell[e] […] Anreiz in die falsche Richtung«, der pausenlos professionelle Achtsamkeit erfordert, drückt sich in der Praxis durch eine *dauerhafte Latenz* offener Kritik infolge einer untererfüllten »Leistungsplanung« aus. Die vormals mit »Intervention« bezeichnete Praxis der Überprüfung ärztlicher Behandlungsentscheidungen durch die Geschäftsführung wird nun zum ersten Mal als »Leistungskontrollen« tituliert, die einen »Druck« erzeugen. Diffus ist nicht mehr die Kontrolle selbst und der damit einhergehende Druck – diese sind inhaltlich besehen durch die verbesserten Controlling-Techniken in Folge der DRG wesentlich genauer –, sondern vielmehr die Anwendung jener Kontrollen. Es wird gerade *nicht* jede Einzelfallentscheidung kritisiert, und doch gerät die kontinuierliche Kontrolle der Leistungsentwicklung für Herrn Falter »im Einzelfall« zu einem in aller kollegialer Öffentlichkeit stattfindenden Spießrutenlauf, der zunehmend als »bedrohlicher« empfunden wird und auch Einzelfallentscheidungen rückwirkend zur Disposition stellen *kann*.

Es handelt sich weniger um eine groß angelegte und angekündigte Intervention denn um eine subtil agierende Form ständiger Kontrolle. Controlling selbst taucht hier gerade nicht als *Leistungsprojektion* und Risiken kalkulierendes Instrument auf, sondern wird durch seine retrospektive Leistungsabbildung als dauerhafte Infragestellung und damit latente Bedrohung ärztlicher Professionalität und persönlicher Integrität erlebt. Die Kontrolle ist also einerseits ausgefeilter, d.h. durch EDV-Software gestützte Berechnungen und größere Datenvolumina umfangreicher, und andererseits im Ergebnis wie in seiner zeitlichen Entfaltung schlecht zu antizipieren und damit unberechenbar. In letzter Konsequenz führt dies die professionellen Akteur*innen einem Kontrollregime zu, das die Geschäftsführung in die Lage versetzt, den Druck *dosieren* zu können und dadurch die Effektivität der Kontrollen zu erhöhen. Nicht zu wissen, wann und in welcher Intensität ein Mangel, ein Scheitern an Leistungszielen aufgedeckt und als relevanter Maßstab für die eigene Arbeit herangezogen wird, hält fortlaufend dazu an, die eigene Praxis im Sinne der ökonomischen Vorgaben zu kontrollieren.

Vermittels DRG-Numerik entsteht so ein System aus Selbst- und Fremdkontrollen, das die Ausrichtung auf Soll-Werte zu einem »unabschließbaren Prozess der Selbstoptimierung« (Bröckling 2017: 218) werden lässt. Pikanter und bezeichnender Weise bieten Zahlen aus Sicht von Herrn Falter daher auch keine unmittelbaren Lösungen an, sondern konstituieren zunächst einen gänzlich *neuen Problemzusammenhang*. Daher erscheint es – auch wenn Herr Falter dies selbst so beschreibt – irreführend von einer neuen »Transparenz« zu sprechen. Treffender ist es zu sagen: Zahlen produzieren eine Sichtbarkeit, die es erlaubt, neue Fragen zu stellen, auf die man jedoch ohne weiteres keine Antwort finden wird. Zwar können medizinische Aktivitäten durch das DRG-System nun nach ihren Ressourcenintensitäten und Verweildauern im nationalen Vergleich differenziert betrachtet werden. Doch der *Begründungszusammenhang* der Messung bleibt *undurchsichtig*: die

Messung gibt keine Auskunft darüber, weshalb sie so und nicht anders ausgefallen ist, sie ist bestenfalls, wie Herr Falter bemerkt, ein »Signal«. Das Controlling erzeugt hier gerade keinen Durchblick, vielmehr einen zu interpretierenden Hinweis, auf den die neue ökonomische Beobachtungsperspektive aufsetzt. Der neue Fokus liegt folglich auf gemessenen Input-/Output-Verhältnissen, ohne jedoch angeben zu können, von welchen Verhältnissen diese wiederum getrieben werden. Die hierdurch in das Krankenhaus gelangende *Kontingenz* stellt das Krankenhaus vor die Aufgabe, Mittel zu ihrer Bearbeitung zu finden, die das Controlling selbst nicht liefern kann.

Genauer betrachtet, geht es bei der »neuen Sichtbarkeit« um die *systematische Erzeugung* eines Mangels in zweifacher Hinsicht. Herrn Falter wird dieser stellvertretend vor allem dann relevant, wenn ökonomische Ziele mit medizinischen Aktivitäten nach einem Soll-/Ist-Kriterium abgeglichen werden, das erreichte Leistungsniveau hinter der Soll-Erwartung zurückbleibt und insofern eine negative Feedbackschleife initiiert wird.[2] Ein Mangel in zweifacher Hinsicht deshalb, weil das, was sich erstens auf Ebene der kaufmännischen Geschäftsführung als *Steuerungsversuch* beschreiben lässt, bei Ärzt*innen, insbesondere bei jenen, die die gesteckten Ziele fortlaufend nicht erfüllen, eine *Erwartung* und somit eine *Orientierung* an dem durch Zahlen generierten Mangel befördert wird. Es deutet sich hier bereits an, dass der durch Controlling-Ziffern ausgewiesene Mangel an Zielerreichung und das Einschleifen des ärztlichen Habitus auf die Möglichkeit einer mangelhaften Performance, auf eine ökonomische Logik der Knappheit rekurriert: die Mittel zur Behandlung sind begrenzt, deshalb ist es nötig, die verfügbaren Mittel so gut wie möglich einzusetzen und dafür gute von schlechten, ausreichende von mangelhaften Gebräuchen zu unterscheiden. Allerdings nicht ausschließlich. Denn mit der ökonomischen »Sichtbarkeit« deutet sich zweitens eine *Kontrollfiktion des Managements* an, die aus den errechneten Zahlen gespeist wird. Diese stellt sich, wie in Herrn Falters Darstellung, als gesteigerte »Kontrollfunktion« der Geschäftsführung dar, die vor allem als »Kontrolldruck« erlebt wird. Doch selbst das größte Detailwissen des Controllings kann nicht offenbaren, weshalb eine Zahl sich so und nicht anders darstellt. Insofern kann auch nicht gesteuert und kontrolliert werden, dass eine möglichst *ökonomische* Krankenbehandlung zugleich die bestmögliche Behandlung im medizinischen Sinne nach sich zieht.

Der prekäre Zusammenhang zwischen Behandlungsqualität und Behandlungseffizienz wird hier erstmals virulent. Darum markiert die Frage »woran liegt das«, wenn »die Anzahl der (.) was weiß ich Bauchspeicheldrüseneingriffe sich gegenüber dem Vorjahresdurchschnitt halbiert hat […]. Haben Sie zu viele Komplikationen, haben Sie keine vernünftige Einweiserpflege betrieben, was passiert da« auch

---

2 Zur kybernetischen Bedeutung des Feedbackbegriffs als positives bzw. negatives Feedback in Selbstorganisationsprozessen siehe Bröckling (2017).

weit verzweigte Zusammenhänge, die Suchbewegungen beim ärztlichen Personal auslösen sollen, ja müssen. Wie diese aussehen und was sie über das Ökonomische verraten, wird im Verlauf der Analyse weiter untersucht.[3]

Was Kaufmann und Arzt zunächst einmal verbindet, ist eine Sichtbarkeit der Fragen, die es hierfür zu beantworten gilt. Die Unkenntnis über die Kausalität der Messungen stimuliert eine Erörterung darüber, was die Zahlen bedeuten und was daraufhin zu tun ist. In einem Prozess »reziproker Sichtbarkeit« (ebd.) von *Nicht-Wissen* entsteht die Chance zu einer *partizipativen* Entscheidungsfindung und dies, gerade weil die Mengenbetrachtung im Krankenhauswesen infolge *unvollständiger Information* (Arrow 1963; Fleßa/Greiner 2013) nicht durchschaut, nicht *transparent* gemacht werden kann. Die faktische Intransparenz der Prozesse des Krankenhauswesens hat viele Gründe, die sich allesamt aus der *black box* »kranker Mensch« bzw. »Patient*in«, »organisierter Krankenbehandlung« und den Messkonstrukten der DRG selbst ergeben (Callon/Latour 2006; Lowe 2001; Vogd 2011a, siehe weiter oben 4.2.2). Zu komplex und dynamisch die Bedingungen, unter denen Krankheiten und Symptomaufmerksamkeiten entstehen, akute Einweisungen vollzogen werden, Indikationen zutreffen und Therapien anschlagen, Patient*innen kurieren oder durch Komplikationen und Komorbiditäten weiter an stationäre Leistungen gebunden bleiben. Diese Ausgangslage mündet trotz geteilten Nicht-Wissens nicht zwangsläufig in »shared decision making«, sondern stellt im Gegenteil den ersten Schritt einer Sanktionskaskade dar, die »auf eine Konfrontation, was die (...) Prioritäten angeht, hinauslaufen« kann. Die Grenzen ökonomischer Analysetechniken werden hier nur allzu deutlich als auch die Art und Weise, wie die neue ökonomische Steuerung vermittels Zahlen trotz allem eine spezifische Form von Erwartungsbildung forciert. Ein Fehlbetrag, eine »numerische Differenz« (Heintz 2010), wird – wie in den nachfolgenden Kapiteln noch genauer zu sehen sein wird – in eine professionelle Unzulänglichkeit, mitunter in einen persönlichen Mangel transformiert.

Die *Zu*rechnung infolge der *Be*rechnung läuft dann trotz *unzureichender Sicht* darauf hinaus, aus dem Führer einen Geführten, aus dem Professionellen einen Delegierten zu machen, dessen Prioritäten denjenigen folgen, die ihm Namen der Zahl sprechen.[4][5] Dies offenbart sich auch in nachfolgender Sequenz:

---

3 Hier vorweg noch ein weiteres Zitat von Herrn Falter, das einen Vorgeschmack bietet: »Solange die Zahlen stimmen, (.) geht man davon aus, dass alles in Ordnung ist und dass man dort nicht nachhaken muss. In dem Moment, wo die Zahlen nicht mehr stimmen, muss man sich diesbezüglich rechtfertigen. (.) Kann natürlich sein, dass die Zahlen nicht stimmen, trotz der Tatsache, dass man eine gute Einweiserpflege betreibt.«

4 Siehe Wilkesmann/Jang-Bormann (2015: 218ff., 229f.) zur Unterscheidung von Eminenz- und Evidenzbasierung im Umgang mit organisationaler Unsicherheit.

5 Ein weiteres passendes Beispiel liefert die Klinikmanagerin desselben Hauses, Frau Martens, die ihre hierarchische Position einsetzt, um aufgrund fehlender Zahlen eine Entscheidung

»*Interviewer:* Gibt es von Ihrer Seite noch etwas, was Sie jetzt im Zusammenhang mit den Themen, durch die wir jetzt so durchgaloppiert sind, noch hinzufügen möchten? Gibt es da noch weitere Punkte?
Herr Falter: (Seufzt) Nein, eigentlich nicht. Vielleicht einfach, das ist sicher eine Wiederholung, ich will einfach nochmal diese besondere Situation, in der man sich als Abteilungsleiter befindet, betonen. Dass man auf der einen Seite im Grunde genommen agiert wie ein Unternehmer, aber auf der anderen Seite kein Unternehmer ist, sondern nur »Erfüllungsgehilfe« eines von kaufmännischer Seite und was die Medizin angeht diesbezüglich inkompetenter Seite, einer Planungsbehörde. Das ist jetzt etwas übertrieben, es gibt eine Planungsbehörde, die medizinisch inkompetent ist, aber trotzdem medizinische Planung macht und man wird genötigt sich so zu verhalten, als ob man Unternehmer wäre, aber hat die Kompetenzen des Unternehmers nicht, hat die Machtfülle des Unternehmers nicht. (...) man ist im Grunde genommen nur »Übersetzer«. Man ist Übersetzer der Ökonomie oder der kaufmännischen/von der kaufmännischen Seite her geprägten Leistungsplanung. der man gerecht werden soll und was dann eben bedeutet, dass man die Mitarbeiter motiviert (...) gegebenenfalls Überstunden zu machen, mehr Dienste zu machen (...) zu bestimmten Jahreszeiten (...) oder so etwas. Oder ihnen vielleicht nahebringt, die Patienten mehr an sich zu binden und dafür zu sorgen, dass sie, wenn man sie entlässt und mit einer weiteren Aufnahmediagnose irgendwann später nochmal aufnehmen möchte, dass sie dann auch wirklich kommen. Und gegenüber der Geschäftsführung eben (.) medizinische Dinge vertreten muss, wo man lange Aufenthaltszeiten, gegebenenfalls stationäre Versorgung von Patienten, die man hinterher rausgeprüft bekommt durch den MDK, weil sie nicht unter stationären Bedingungen laufen konnten, aber wo man trotzdem das Gefühl hatte, in diesem Falle es für den Patienten besser war, obwohl er nicht in das Schema passte, (.) auch diese Dinge zu vertreten. Das ist etwas, was ich als unangenehm erlebe und das Zweite ist eben dieser (.) Kampf gegen die (...) Ökonomisierung. (.) Beziehungsweise dass/der Kampf

---

bezüglich der Verteilung von OP-Kapazitäten, über die es in der Chefärzteschaft Streit gibt, auf unbestimmte Zeit zu verschieben. Erst, wenn die benötigten Zahlen vorlägen, könne entschieden werden, »wer dann dort die Wahrheit spricht«: »Dann kommen ständig die Chefärzte auf mich zu. Jeder zieht/Will mehr OP-Kapazität. Ich meine davon, dass die subjektiv sagen, bei mir ist voll, ja, das nutzt mir gar nichts, wenn ich da keine zuverlässigen Zahlen dazu habe. Solange habe ich auch gesagt, solange werde ich da nichts daran ändern. Weil ich weiß es einfach nicht. Jeder sagt etwas Anderes. Das ist ja dann auch ganz, sehr subjektiv. Die Anästhesisten sagen was anderes als die Chirurgen und als die Unfallchirurgen und ja. Schwierig. Und das geht halt nur, wenn man aus dem Bereich Medizin Controlling wieder zuverlässige Zahlen kriegt. [...] Und da kann ich nichts machen, ohne dass ich wirklich diese Zeiten habe. Erster Schnitt, letzter Schnitt. Und zugucken, wer dann dort die Wahrheit spricht.«

für das Bewusstsein, dass Medizin das Primat hat und nicht die Ökonomie das Primat hat. (.) Beides Dinge, die ich bei der Entscheidung, ich gehe diesen Weg und strebe diese und diese Position an, so nicht wahrgenommen habe. Muss ich mal so sagen. Also ursprünglich bin ich in/wollte ich/kam eine Niederlassung für mich nie in Frage (.), aus dem Grund, weil ich auf keinen Fall eine ökonomisch orientierte Medizin betreiben wollte. Das ist ja im niedergelassenen Bereich schon immer so gewesen, dass sie ökonomisch orientiert ist beziehungsweise sind eben alles Kleinunternehmer.«

Herr Falter bringt hier als abschließende Einschätzung das Arrangement, in dem er sich befindet, sehr prononciert zum Ausdruck. Während die kaufmännische Geschäftsführung als medizinisch »inkompetent« beschrieben wird, obwohl sie eine medizinische Planung vorlegt, agiert die ärztliche Geschäftsführung in Person von Herrn Falter so, »als ob man Unternehmer wäre, aber hat die Kompetenzen des Unternehmers nicht, hat die Machtfüllte des Unternehmers nicht«. Die Schilderung klingt bisweilen so, als würde hier ein Rollentausch zwischen kaufmännischer und ärztlicher Geschäftsführung simuliert. Tatsächlich aber steht dahinter ein Wandel der Produktionsverhältnisse: Als Chefarzt ist Herr Falter Zeuge einer zunehmenden Produktionsorientierung seines Arbeitsplatzes, in dem Führungs- und Managementkompetenzen immens an Bedeutung gewonnen haben.

Letzterer Aspekt klingt auch in der späteren Beschreibung durch, wenn Herr Falter seine Rolle als »Übersetzer der Ökonomie« definiert. Übersetzer zu sein impliziert zunächst ein Sowohl-als-auch, denn der Übersetzer muss gemeinhin beide Sprachen, die er übersetzen möchte, beherrschen. Er wird zum Bindeglied zweier Seiten, die ohne sein Zutun nicht miteinander in Verbindung treten könnten. Die Übersetzungsleistung als Abteilungsleiter ist dann auch zuvorderst eine *Führungsleistung*. Indem Mitarbeiter zu Überstunden oder dazu »motiviert« werden, »die (...) Patienten mehr an sich zu binden« übersetzt Herr Falter den ökonomischen »Plan« und wird so zur exekutiven Kraft der Geschäftsführung. Aber auch medizinische Entscheidungen zum Wohle der Patient*innen müssen gegen die systemischen Kontrolleure des DRG-Systems, gegen Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und die eigene Geschäftsführung, verteidigt werden. Die Rekonstruktionen geben einen ersten Hinweis darauf, dass es sich beim zeitgenössischen Krankenhaus nicht trotz, sondern aufgrund betriebswirtschaftlicher Controlling- und Managementinstrumente mehr denn je um eine »Planungsbehörde« handelt, dessen Existenz sich folglich nicht nur politischer Krankenhauspläne und dort definierter Mengen an Planbetten sowie pauschalierter Vergütungen verdankt.

Ob Herrn Falters Beschreibung als »übertrieben« zu bewerten ist, lässt sich vielleicht durch einen ersten Perspektivenwechsel besser einschätzen. Nun wird sich der kaufmännischen Geschäftsführung des Hauses, in dem Herr Falter ar-

beitet, in Person des Geschäftsführers Herrn Helmstedt zugewandt, der mit Blick auf die dargestellten Zusammenhänge zu Wort kommt. Vorab ist wichtig zu erwähnen, dass das privat getragene Krankenhaus im Verbund mit einem weiteren Krankenhaus betrieben wird. Letzteres wurde vor nicht langer Zeit zu einer Akut-Klinik ausgebaut. Herr Helmstedt beschreibt die Gesellschafterstruktur wie folgt: »Wir haben eine Gesellschafterstruktur, die ist sehr familiär geprägt. Es gibt keine institutionellen Anleger. Die Familien sind in etwa 70, 75 Prozent identisch. Das heißt die sind hier in der Klinik drin, als auch drüben in der Klinik drin.«

> »*Interviewer:* Wäre dann das Controlling auch eine Maßnahme, um Risikoabwägungen zu treffen oder?
> *Herr Helmstedt:* Na klar. Natürlich, da kommen ja die kalkulatorischen Vorgaben ja? Das ist ja ohne Controlling kriegen wir da keine Transparenz rein, keine ökonomische Transparenz. Das Controlling ist da extrem wichtig. Selbst wenn Sie Risiken beurteilen wollen und das tun wir auch, wird das Controlling hier mitrechnen ja? (…) Es gibt natürlich viele qualitative Faktoren. Viele Dinge bei uns in unserem Geschäft hängen von den Persönlichkeiten ab ja? Da können Sie toll rechnen, ja wenn Sie da nicht die geeignete Persönlichkeit finden, das ist uns auch schon passiert, dann nützt uns der ganze Plan nichts, weil Sie kriegen den Plan dann einfach nicht umgesetzt. Ja? Aber da kommt dann die Erfahrung wieder dazu und so weiter. (…) Wenn wir solche [kaufmännischen, Anm. K. M.] Entscheidungen treffen, dann diskutieren wir wie ich eben schon gesagt habe oft auf Anregung im Rahmen einer Finanzbesprechung, (…) und das erste, was wir machen ist, dass wir vom unternehmerischen Aspekt. Also Sie müssen sich das so vorstellen, die Klinik als Ganzes überlegt, was ist, wenn wir jetzt in diesen Bereich investieren? Was ist, wenn wir in diesem Bereich etwas machen wollen? Gehen die Gedanken erst bei uns rum und in einem zweiten Schritt, ja in einem zweiten Schritt fragen wir dann mal nach bei unserem ärztlichen Potential, wie siehst du das? (…) Wir hier oben, wir müssen das Ganze zusammenhalten. Wir müssen das Ganze zusammenhalten und wir denken aus einer übergeordneten Perspektive heraus. Also jede einzelne Fachabteilung muss einen Beitrag zum Ganzen in irgendeiner Form leisten.
> (…) Da sind wir wieder bei den Persönlichkeiten. Und wenn wir über Führung reden, insbesondere über Führungsstile reden. Naja die vierundsechzig Tasten muss man alle beherrschen. Sie müssen oben spielen können, müssen aber eine Oktave tiefer spielen können. Klar und das kann autoritär sein, das kann partizipativ sein, per Anweisung arbeiten oder eben auch bei Überzeugung, das hängt wirklich auch von den Persönlichkeiten ab.«

Herr Helmstedt macht zunächst klar, dass das Controlling bei unternehmerischen Entscheidungen eine zentrale Rolle dahingehend spielt, dass es »ökonomische Transparenz« erzeugt und insofern »extrem wichtig« ist, auch wenn es darum

geht, »Risiken beurteilen« zu können. Es kommen in seinem »Geschäft« allerdings viele, wie Herr Helmstedt es nennt, »qualitative Faktoren« ins Spiel, womit er auf »Persönlichkeiten« abstellt, von denen »der ganze Plan« in der Umsetzung letztlich abhängt. Hier findet sich bereit die paradigmatische Entgegensetzung von berechenbar-sichtbaren und unberechenbar-autonomen Aspekten wider, die dem von Herrn Falter geschilderten Eindruck, lediglich »Erfüllungsgehilfe« einer Planungsbehörde zu sein, unterliegt. Denn während Herr Helmstedt die Produkte des Controllings zu »ökonomischen Vorgaben« *verhärtet*, an denen nicht zu rütteln ist, und qua ihrer transparenzstiftenden Eigenschaft als Vehikel der Risikominderung preist, bemisst sich die Eignung von Ärzt*innen zunächst nur an der Passgenauigkeit erwünschter Persönlichkeitsmerkmale mit Blick auf die Erwartung, die an sie gerichteten Pläne umzusetzen.

Interessanterweise wird hier die Steuerbarkeit der Ärzte nicht als kollektive Gruppe oder Funktionsträger angelaufen, sondern in individuell-psychologischer Weise in die Persönlichkeit einzelner Ärzt*innen verlegt. Spiegelbildlich zu den *Risiken* einhegenden Zahlen des Controllings erscheint die autonome Persönlichkeit der Ärzt*innen aus Sicht der Geschäftsführung denn auch als prozessinhärente *Gefahr*, als unberechenbarer, weicher, schwer greif- und steuerbarer Faktor. Das im Prozess der Entscheidungsfindung nachgelagerte Nachfragen beim »ärztlichen Potential« betont den von Herrn Falter inkorporierten Priorisierungskonflikt, allerdings unter umgekehrten Vorzeichen. Denn die »Finanzrunde« entscheidet prioritär auf unternehmerisch-betriebswirtschaftlicher Grundlage, was zu tun ist, und holt sich weitere medizinische Informationen erst dann ein, wenn sie es für richtig hält. Die fehlende »Machtfülle des Unternehmers«, die Herr Falter weiter oben für seinen eigenen Verantwortungsbereich noch vermisst hatte, drückt sich in dieser Schilderung in all seiner Selbstverständlichkeit aus. Umgekehrt hält sich Herr Falter aus seiner eigenen Praxis heraus dauernd dazu an, sich die oben beschriebene *Verkehrung des Gewöhnlichen* auch als solche bewusst zu machen und sein neues Koordinatensystem in Richtung professioneller Autonomie zu verschieben.

Die Autorität der Geschäftsführung rekurriert nicht nur auf die bloße Erstellung von numerischen Plänen, die sich aus kalkulatorischen Vorgaben zwangsläufig ergeben, sondern vielmehr auch auf das Vorhandensein eines *Überblicks* (»übergeordnete Perspektive«), der sich aus der »Leistungstransparenz« der Controlling-Daten speist. Gleichzeitig ist »toll rechnen« nicht alles, wie Herr Helmstedt vorgibt. Bedeutsam ist auch, führen zu können, und am besten, wie er festhält, so variabel wie möglich (»Und wenn wir über Führung reden, insbesondere über Führungsstile reden. Naja die vierundsechzig Tasten muss man alle beherrschen«). Die ganze Klaviatur der Führungspraktiken zu beherrschen entspricht der Vorstellung, höchst unterschiedliche Persönlichkeiten unter sich zu haben und dementsprechend flexibel auf deren Eigenschaften und Bedürfnisse zwecks übergreifender Planerfüllung einzugehen. Die sich daraus ableitende Verantwortung für das »Ganze« hebt

die Geschäftsführung von der einzelnen »Fachabteilung« samt Chefärzte ab. Doch weshalb muss oder will sie das »Ganze zusammenhalten«? Welche Kräfte treiben das Krankenhaus in dieser Perspektive auseinander?

> »*Interviewer:* Ein Aspekt der, da ja dann vielleicht auch eine Rolle spielen könnte, ist ja sozusagen die Einführung des Fallpauschalensystems, des DRG-Systems (…). Ist das aus Ihrer Perspektive, aus Ihrer Erfahrung auch ein Aspekt, der Ärzte sensibler macht für ökonomisches Denken, für Betriebswirtschaft oder auch für strategisches Vorgehen für sagen wir mal Perspektive im Fokus auf Entwicklung auch?
> *Herr Helmstedt:* Also die DRGs haben sicherlich ihren Beitrag geleistet. Ja? Aber ich glaube nicht, dass die ausschlaggebend waren. Ich glaube ausschlaggebend waren die Rahmenbedingungen. Die Rahmenbedingungen, der ökonomische Druck, der in den letzten 10, 12, 13 Jahren (…) nicht allein durch die DRGs, sicherlich haben die DRGs auch ihren Beitrag geleistet, aber ich glaube nicht, dass die insgesamt schuld daran sind. Schuld daran ist tatsächlich, dass der Investitionsdruck enorm hoch geworden ist, der Wirtschaftlichkeitsdruck. Die Krankenkassen haben (…) heute gehen Sie in eine Budgetverhandlung, da…ohne Anwalt können Sie da gar nicht mehr reingehen ohne einen Rechtsanwalt ja? (…) Das hängt nicht nur mit den DRGs zusammen. Das hängt einfach damit zusammen, dass die Krankenkassen aufgerüstet haben, dass die Krankenkassen viel Geld haben, jetzt in solche Überwachungssysteme reinzugehen, wo auch viel Know-how eingesammelt wird. Selbst Ärzte sogar einstellen und dann medizinisches Know-how aufzubauen und dann zu irgendeiner Form ökonomisch unter Druck zu setzen. (…) Insofern glaube ich nicht, dass die DRGs das ausschlaggebende Moment sind. Sie sind ein Beitrag, sicherlich, weil Transparenz entstanden ist. Es ist ja durch die DRGs sehr viel Leistungstransparenz entstanden Schauen Sie sich die Länder an. Was hat man früher investiert und was macht man jetzt. Gerade das InEK hat ja jetzt gerade erst festgestellt, man muss glaube ich, 6 Milliarden waren es, 6 Milliarden müsste jedes Jahr, müssten die Länder in die Krankenhäuser an Investitionen reinpacken, damit wir halbwegs auf einem normalen Stand sind. 2,7 Milliarden ist es. Ja? (…) Wenn sie jetzt strategisch auf einem Wachstumspfad sind, wenn Sie sich verändern wollen, dann müssen Sie investieren, in Bau in was auch. Wir haben in der [Name Verbundkrankenhaus] glaube ich, haben wir in den letzten [Zahl] Jahren [Zahl], [Zahl] Millionen investiert ja? Nicht ein Cent ist vom Land, nicht ein Cent!«

Die Proposition des Interviewers, das DRG-System könnte eine Rolle bei der Sensibilisierung von Ärzt*innen für ökonomische Themen spielen, wird von Herrn Helmstedt grundsätzlich geteilt, da seiner Ansicht nach »sehr viel Leistungstransparenz« durch diese entstanden ist. Ihn veranlasst die Frage aber auch dazu, die Thematik in einen größeren Zusammenhang einzubetten. Er stellt einen anhalten-

den »Investitionsdruck« bzw. »Wirtschaftlichkeitsdruck« fest. Weiterhin sinkende Investitionsmittel seitens der Bundesländer sowie Krankenkassen, die ihr medizinisches Wissen »aufgerüstet« haben sowie Kostenüberwachung und auch juristische Auseinandersetzungen nicht scheuen, sprechen für eine sich zuspitzende Gemenge- und Finanzlage der Krankenhäuser. Insbesondere dann, wenn »Sie jetzt strategisch auf einem Wachstumspfad sind, wenn Sie sich verändern wollen«. Nach dem Motto »Angriff ist die beste Verteidigung« wird in Zeiten schlechter Finanzausstattung verstärkt investiert. Doch wie hängen Investitionen und Einnahmen zusammen?

> »*Herr Helmstedt:* (…) Also insofern, da entsteht Druck und da muss man mit den Chefärzten natürlich auch zusammenkommen und muss den Leuten auch sagen, pass auf, wir müssen hier bestimmte Spielregeln einfach beachten. Es ist nicht unser Ziel, jetzt Gewinne zu erwirtschaften und auch nicht jetzt horrende Renditen oder was. Wir sind nicht bei der Deutschen Bank. Aber wir müssen schon zusehen, dass wir hier schwarze Zahlen schreiben, dass wir Überschüsse erwirtschaften, um auch eben notwendige Investitionen vorzunehmen. Sei es um einfach Zinsen, Kredite zu bedienen oder was auch immer. Und dieses Denken muss bei den Chefärzten da sein. Das funktioniert gar nicht anders. (…) Da gibt es aber auch wieder solche und solche. Ja? Und da ist wieder unsere Kompetenz als Management, dieses zu führen, weil derjenige, der sich da weniger dafür interessiert, kann ja trotzdem ein super Arzt sein. (…) Und da kommt Herr Sievers wieder mit seinem internen Controlling, mit seinen Budgetmaßnahmen, mit seinen Gesprächen, kontinuierlichen Gesprächen auch wieder ins Gespräch, in dem er natürlich vor Ort direkt mit dem Chefarzt in Kontakt bei bestimmten Leistungen und so weiter, die Diskussion eröffnet, ja? Und das ist halt so das An-die-Hand-nehmen. Dieses Führen, an die Hand nehmen und den Chefarzt begleiten, hin zum Erfolg, jetzt in unserem Sinne eben dem ökonomischen halt.«

Der von Herrn Falter weiter oben beklagte »Kontrolldruck«, der sich durch das System der Fallpauschalen eingestellt hat, erscheint hier als die andere Seite der Medaille eines »ökonomischen« Druckszenarios, das sich aus Kostensenkungspraktiken seitens der Krankenkassen und Bundesländer ergibt. Die doppelten Einbußen (steigende Investitionen des Krankenhauses und sinkende Investitionskostenzuschüsse der Länder) führen dazu, dass Herr Helmstadt von den Chefärzt*innen ein »Denken« einfordert, dass sich darauf richtet, »Überschüsse« zu erwirtschaften. In der Praxis zeigt sich jenseits der rein kontemplativen Übung, eine denkerische Haltung einzunehmen, eine dezidierte Führungspraxis, die Chefärzte zur Zielerreichung »an die Hand« nimmt und den ökonomischen Erfolg über den Aufbau von

»kontinuierlichen Gesprächen« zwischen Controller und Chefarzt sichert.[6] Dort wird dann kontinuierlich in einem »internen Controlling« und vermittels »Budgetmaßnahmen« bei bestimmten Leistungen das als funktionskritisch markierte ökonomische Denken (»Das funktioniert gar nicht anders.«) auf Interaktionsebene eingeübt.

Herr Helmstedt positioniert sich zugleich über den negativen Gegenhorizont einer renditemaximierenden Großbank als bodenständiger Kaufmann, der sein Unternehmen fortentwickeln möchte und hierfür getätigte Investitionen bzw. aufgenommene Kredite – auch über Fallzahlsteigerungen – refinanzieren muss. Die Rede von den »Persönlichkeiten«, von denen es »aber auch wieder solche und solche« gibt, lässt sich so vor dem Hintergrund einer Praxis der Menschenführung plausibilisieren, die den Einzelnen sehr genau unter Zuhilfenahme des Controllings analysiert, sowohl was dessen numerisch erfassbares Leistungsniveau angeht als auch die Vermittlung bei Fragen der tagtäglichen Umsetzung. Die praktische »Kompetenz als Management« liegt darin begründet, dass auch einem ökonomisch desinteressierten Arzt zugestanden wird, ein »super Arzt« sein zu können, hier also beide Wertsphären mitgeführt werden, zugleich aber dort, wo es nötig ist, derlei Indifferenz nicht zu tolerieren und paternalistisch im Sinne ökonomischer Planerfüllung gezielt zu bearbeiten.

Zusammenfassung: Sichtbarkeit herstellen, Druck erzeugen, Mangel erwarten Fasst man das bisher dargelegte erneut kurz zusammen, stellt sich folgender Eindruck ein: Infolge der durch das Controlling erzeugten Möglichkeit, medizinische Tätigkeiten als Leistungen im Rahmen der DRG einer Summenbetrachtung zu unterziehen, werden Patient*innen zu indikations- und behandlungsbezogenen Merkmalsträgern einer Gruppe zusammengezogen, die spezifische Eigenschaften[7] ausweist und mit anderen Gruppen verglichen werden kann. Die detailreiche Mengenbetrachtung erzeugt eine Spannung zu der habitualisierten Aufmerksamkeit des Arztes für den singulären Fall. Gepaart mit Knappheitsbedingungen in der Krankenhausfinanzierung sowie dem daraus resultierenden Druck, Überschüsse

6 Der im Interview ebenfalls anwesende Controller Herr Sievers gab mit Blick auf die jährliche Wirtschaftsplanung, die mit allen Chefärzt*innen vereinbart wird, noch einen weiteren interessanten Einblick in die Verhandlungspraxis der Geschäftsführung: »Diese Leistungszahlen werden mit den Chefärzten im Rahmen der Wirtschaftsplanung für das Folgejahr besprochen. Da gibt es einen Dialog, da ist so das Klinikmanagement dabei, die Geschäftsführung ist da erst einmal außen vor, weil man natürlich auch will, dass der Chefarzt ein bisschen offener redet und sich nicht direkt der Geschäftsführung dort in so einem Gespräch, ich sage mal ausgesetzt fühlt.«

7 Zum Beispiel lassen sich Ressourcenintensitäten an Personal und Medizintechnik, Verweildauer, Komplikationsraten, Nebendiagnosen und dergleichen mehr vergleichen.

und Wachstum zu generieren, wird die professionelle Selbstverständlichkeit der Arzt-Patienten-Beziehung daraufhin in eine fragile Selbstbehauptung überführt.

Es kommt zu einer *Verkehrung des Gewöhnlichen* im Arbeitsalltag der medizinischen Profession – professionelle Orientierungen wie eine rein an medizinischen Notwendigkeiten orientierte Patient*innenbehandlung erscheinen zunehmend exotisch, während ökonomische Anforderungen als »Spielregeln« normalisiert werden –, infolge dessen sich die ärztliche Praxis vor allem durch häufige Situationen eingeschränkter Entscheidungsspielräume auszeichnet, die der Ausschließlichkeit, sich auf die eine *oder* die andere Rationalität (Medizin oder Ökonomie) verlegen zu müssen, entspringen. Es deutet sich hier bereits an, dass es im professionellen Gefüge zu Verwerfungen im Sinne eines »gespaltenen« Habitus (Bourdieu 2004: 206, siehe weiter oben 3.2) kommt, wenn der zunehmende Dualismus als zugespitzter Priorisierungskonflikt erlebt wird, der die Suche nach flexiblen, situativen Lösungen zur Daueraufgabe macht.

Für den Arzt formiert sich demgemäß ein neuer *Problembezug*, der vor allem mit der Erwartung eines Mangels verknüpft ist, und das in zweierlei Hinsicht. Einmal wird das ökonomische Ziel, Überschüsse zu erwirtschaften und damit Wachstum zu erzielen, zur *conditio sine qua non* aller im Krankenhaus tätigen (Chef-)Ärzt*innen. Die Surplus-Verpflichtung leistet einem ökonomischen Druck Vorschub, kontinuierlich nach *Optimierungspotenzialen* und damit stets nach *Verfehlungen* Ausschau zu halten, danach zu suchen, was und wie man etwas auf der Einnahmeseite verbessern kann. Zweitens werden Zahlen in der Praxis vor allem dann virulent, wenn ein Mangel an ökonomischer Zielerreichung, eine Verfehlung wirtschaftlicher Pläne hinsichtlich einer zu erreichenden »Fallzahl« festgestellt wird. Daraus erwächst auf praktischer Ebene ein Arrangement, dass Chefarzt*innen (und zunehmend auch alle ihm unterstellten Ärzt*innen) als wichtige Führungs- und Managementkräfte adressiert, ohne jedoch die vertikale Differenzierung in der Krankenhaushierarchie anzutasten: stets fungieren Ärzt*innen von nun an als Delegierte der kaufmännischen Geschäftsführung, als »Übersetzer« zwischen Medizin und Betriebswirtschaft. Beide Sphären werden als trennscharf betrachtet und doch vermittels Controlling in der Praxis unnachgiebig miteinander verschränkt.

Dies mündet in eine paradoxe Lage: Als Abteilungsleiter sind Chefärzte wie Herr Falter angehalten, sich für (defizitäre) betriebswirtschaftliche Zahlen zu rechtfertigen, die sie weder ersonnen haben, noch besitzen sie die nötigen Befugnisse und Mittel bzw. Ressourcen, den Mangel zu beheben (falls es diese Mittel überhaupt geben kann). Die den Mangel ausweisenden Controlling-Daten weisen insofern selbst einen Mangel auf, da sie in der Praxis den Fokus auf *Entscheidungsprämissen* richten und somit *komplexe organisationale Fragen aufwerfen, ohne selbst Antworten auf diese geben zu können.* Sie belassen die Akteur*innen über den ursächlichen Zusammenhang des Mangels im Dunkeln und erzeugen somit

zunächst nur eine schwache Evidenz. Die Folge sind weitere Suchbewegungen und Aktivitäten, von denen nicht klar ist, ob sie der ökonomischen Schieflage gegenüber Abhilfe schaffen bzw. den ausgegebenen Zielen gerecht werden oder nicht.

Die neue »Sichtbarkeit« des DRG-Systems ebnet in seiner »Kontrollfunktion« des Managements einer sich vertiefenden Orientierung an gemessenen Mängeln den Weg, konditioniert die Akteur*innen auf die Negativseite der ökonomischen Rechnung, darauf, die Vorgaben letztlich verfehlen und an den Plänen scheitern zu können. Der kommunikative Zweck der neuen »Sichtbarkeit« lässt entgegen des etablierten Transparenzdiskurses erkennen, dass es zu einer Ausrichtung auf die *Sichtbarkeit von Intransparenz* und der *Bearbeitung von Kontingenz* (*Nicht-Plan- und Steuerbarkeit)* und Nicht-Wissen kommt. Die Controlling-Daten verweisen somit auf Dinge, die sie selbst nicht kontrollieren und sichtbar machen können. Die sich hier bereits andeutende *Kontrollfiktion*, die den Charakter von Controlling-Kennziffern und den daraus abgeleiteten numerischen Plänen als *Artefakte* hervortreten lässt, wird im Krankenhausmanagement zwar gekannt, muss aber letztlich in der Praxis verdeckt werden.

Denn der hieraus resultierende Komplexitätsanstieg im Krankenhauswesen ist Ursache und Wirkung der Legitimation kaufmännischer Geschäftsführungen zugleich. Aus deren ausgeprägter Zahlenpraxis heraus entsteht, wie auf dem Reißbrett, ein Krankenhauswesen, das als Wettbewerbsfeld strategisch mess- und vergleichbar wird, entstehen Krankenhäuser, die als dynamisch wachsende Unternehmen optimierbar, entstehen Produktionsprozesse, die durch gemessene Input-Output-Verhältnisse steuerbar werden. Andererseits wird die faktische Intransparenz der organisierten Krankenbehandlung nur allzu deutlich, da kaufmännische Leistungsplanungen mit Führungspraktiken verzahnt werden müssen, die variabel und situativ auf die Erfordernisse ärztlicher »Persönlichkeiten« eingehen und zugleich auf teils massive Außenspannungen bzw. Kontrollpraktiken (des MDK etwa[8]) eine Antwort finden müssen. Hieraus ergibt sich ein komplexes Manage-

8 Herr Sievers gibt eine eindrückliche Schilderung der Widersprüche an, die hiermit einhergehen: »Also, es kommt ja schon doch einmal vor, dass aufgrund Stress auf Station, Zeitmangel, der Arzt vielleicht nicht dazu kommt, eine ausführliche Dokumentation bis 15. Behandlungstag mal vorzunehmen und wenn der MDK dann kommt und sieht da eine leere Seite, dann sagt der ja, der hätte nach Hause gehen können, ja? Auch wird das Risiko der Pflegeüberleitung in Altenheimen oder so wird komplett der Klinik zu Lasten gelegt. Also sprich, wenn Patient Meyer soll am 13. in ein Altenheim, aber die Klinik hat bis dahin noch nicht die Möglichkeit, eins zu finden. Dann ruft der Chefarzt an und sagt, Herr Sievers, ich müsste den Patienten eigentlich entlassen. Kann den aber auch nicht nach Hause schicken, wenn er überhaupt eins hat. Was macht man dann als Controller? Also theoretisch müsste ich den dann noch einmal für 1, 2 Tage irgendwo in eine Kurzzeitpflege verlegen diesen Patienten, weil ich genau weiß, die Tage werden mir hinten raus gestrichen. Also, da sitzt man dann auch schon

mentarrangement, in dem Chefärzte vermittels Controlling-Daten in unmittelbare Auseinandersetzungen verwickelt werden, mit dem Ziel den mit vergleichsbasierten Leistungsparametern einhergehenden ökonomischen Druck instruktiv werden zu lassen und zu einer kontinuierlichen *Erziehung* im Sinne des ökonomischen Erfolgs beizutragen.

6.2 Vergleich und Konkurrenz

Nachdem nun rekonstruiert wurde, wie die Mengenbetrachtung der DRG-Arithmetik aus einzelnen Patient*innen diagnosebezogene *Fallgruppen* entstehen lässt und was dies für die Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Kaufleuten im Krankenhaus bedeutet, wird in diesem Unterkapitel der Frage nachgegangen, was Controlling-Produkte mit den Praktiken in *ärztlichen Gruppen* zu tun haben. Die Ausgangsthese ist, dass die Verhältnisse aus dem Widerspruch erwachsen, medizinische Leistungen im DRG-System einerseits messen zu können und sie andererseits attribuieren und damit *verrechnen* zu müssen. Berechnung impliziert immer auch Verrechnung, das In-Beziehung-Setzen unterschiedlicher Leistungsobjekte (z.B. medizinische Prozeduren und Operationen) mit den sie produzierenden Leistungssubjekten (dies können Personen, Abteilungen, Organisationen, Netzwerke oder andere Entitäten sein). Zunächst scheint die Attribution von Leistungen unstrittig zu sein, denn schließlich werden gemäß der inhärenten Logik des zur Anwendung kommenden »activity-based-costing« (siehe oben 4.2.2) Erlöse und Kosten dort erfasst, wo sie aktiv im Behandlungsprozess anfallen. Doch damit ist noch nicht entschieden, wem sie im Rahmen von Managementprozessen ex-post zugeschlagen werden.

Dies trifft auf sich verändernde Abläufe bei der Behandlung von Patient*innen (siehe 4.2.3). Die steigende Zahl multimorbider Erkrankungen, die weiter voranschreitende Spezialisierung der Medizin, Fragen der Versorgungsqualität und nicht zuletzt ökonomische Erwägungen verändern die räumliche Ordnung des Krankenhauses, das zunehmend von interdisziplinär arbeitenden Teams und klinikübergreifenden Behandlungsprozessen geprägt ist. Immer häufiger ist daher die medizinische Kasuistik auf mehr als eine medizinische Abteilung oder Klinik bezogen, womit sich auch die Anzahl der beteiligten Kliniken und Fachbereiche, denen man die Kosten und Erlöse tatsächlich zurechnen kann, vervielfacht. Hinzu kommt die neue »Sichtbarkeit« (vgl. 6.1) der Controlling-Daten, die nicht nur Verhältnisse zwischen Kosten und Erlösen einzelner Abteilungen

einmal in der Zwickmühle und solche Dinge sind dem MDK total egal. Also solche Aspekte akzeptiert der überhaupt nicht. Das ist dann unser Problem.«

abbildet, sondern auch *Vergleiche* zwischen diesen erlaubt und so mehr Möglichkeiten zur *Disposition* im Sinne einer Verrechnung von Zu- bzw. Abschlägen ermöglicht. Denn die Leistung lässt sich nun wie besehen in höheren Detailgraden nachvollziehbar machen (relative Kostengewichte) und damit auch, wer *anteilig* am Prozess beteiligt gewesen ist, woran sich die Frage anschließt, wem denn nun der *Fall* (Kasuistik), der nach wie vor die basale Einheit der Berechnungen darstellt, zufällt. Die rechnerische *Distribution* der medizinischen Leistungen erhält so eine brisante Aufmerksamkeit und stellt etablierte Kooperations- als auch Konkurrenzverhältnisse in den Krankenhäusern in Frage.

»Gemeinsame Abrechnung« – Ärztliche Kooperation in Zeiten numerischer Konkurrenzverhältnisse Beleuchtet wird nachfolgend ein Prozess, der sich am großstädtischen Krankenhaus »Akinovis«, das Teil eines öffentlich getragenen Klinikkonzerns ist, abgespielt hat. Es werden drei dort tätige Chefärzte miteinander verglichen. Das Krankenhaus ist als Standort gemeinsam mit einem weiteren Haus des Konzerns vor einigen Jahren zu einer städtischen Region zusammengezogen worden und wird seither nur noch von einer Regionalgeschäftsführung geleitet, die der Konzernzentrale wiederum formal unterstellt ist. Im Zuge der Regionalisierung kommt es zu einem Strategieprozess, den die Pflegedirektorin[9] Frau Schwerdtfeger, die als Teil der Krankenhausleitung daran beteiligt ist, wie folgt beschreibt:

> »*Frau Schwertfeger:* Wir haben einen Strategieprozess aufgelegt, die Krankenhausleitung gemeinsam mit der Chefarztkonferenz, wo wir auch alle drei drin vertreten sind, auch ich als Pflegedirektorin. Einmal im Monat ist Chefarztkonferenz und da sind wir eben auch drin. Wir haben dann richtige Strategietage festgelegt außerhalb des Krankenhauses mit externer Begleitung und haben so Portfolioarbeit als Schwerpunkt begonnen, sodass Fachabteilungen auch regionsübergreifend zusammengeführt werden sollten. Dass also die Orthopädie und die Unfallchirurgie zusammengeführt werden sollen aus beiden Bereichen, die Viszeralchirurgen stärker zusammenarbeiten, diese ganzen Dinge (…) Was können wir vor allem selbst tun – das war so der Ansatz in der Region –, ohne dass wir ständig auf Mittel aus der Zentrale angewiesen sind? Was können wir selbst bewegen? Das stand im Vordergrund. (…) Und dann, wie gesagt, gemeinsam mit den Chefärzten festgelegt, Vereinbarungen getroffen, dass wir auch wirklich da gemeinsam an einem Strang ziehen und das läuft jetzt. Also da hängen ja richtige vertragliche Veränderungen dran und so. Gerade, wenn man regionsübergreifend Abteilungen stärker zusammenführt und das läuft. Es braucht eben einfach

9 Hier wird auf die Beschreibungen von Frau Schwerdtfeger als Teil der Geschäftsführung zurückgegriffen, da weder die regionale, noch die zentrale Geschäftsführung für Gespräche zur Verfügung standen.

auch Zeit, aber da sind wir dran, stärker OP-Kapazitäten auszunutzen regionsübergreifend, solche Sachen halt. Weil wir hier sehr begrenzt sind durch einen dezentralen OP. (…) In einem Haus ein paar Säle, im anderen Haus ein paar Säle, eine Etage darüber, eine Etage darunter. Das behindert uns hier sehr. Das können wir aber kurzfristig/Da haben wir auch ein Projekt in der Geschäftsführung beantragt natürlich, Zentral-OP, aber das kostet Unsummen [Name zweites Krankenhaus] war nicht so stark ausgelastet wie hier und da haben wir jetzt so Sachen da herüber verlagert, solche Dinge halt optimiert so.«

Sie berichtet von einem intensiven und breit aufgestellten Strategieprozess zwischen regionaler Geschäftsführung und Chefarztkonferenz, den sie als »Portfolioarbeit« bezeichnet. Um nicht von Mitteln der Konzernführung (»Zentrale«) abhängig zu sein, wurde eine engere Zusammenarbeit zwischen den beiden Häusern der Region anvisiert. Insbesondere Fachabteilungen – z.B. Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Viszeralchirurgie – sollten »regionsbergreifend zusammengeführt« werden, um freie Kapazitäten bzw. Ressourcen (z.B. die Bettenauslastung) besser zu verteilen. Insbesondere das Problem einer *dezentralen OP-Organisation* sollte kurzfristig entschärft werden, da der Neubau eines zentralen OP als sehr kostspieliger »Antrag« bei der Konzernleitung anhängig und (noch) nicht beschieden war. Der Prozess zielte nicht nur auf die Produktion von Absichtserklärungen, sondern sollte offensichtlich verbindliche »Vereinbarungen« beinhalten, die auch vertraglich fixiert wurden.

Welche Interessenkonflikte mit diesem Prozess einhergehen, lässt sich zunächst an den Ausführungen von Herrn Gondorf, gleichzeitig Ärztlicher Direktor[10] und Chefarzt für Innere Medizin (Gastroenterologie und Infektiologie) an einem der beiden Standorte, ablesen.

10 Zu Beginn des Gesprächs wurde Herr Gondorf gebeten, seine Rolle als Ärztlicher Direktor zu beschreiben. Er bringt hier eine für den Ökonomisierungsdiskurs geradezu paradigmatische Beschreibung an: »Und der ärztliche Direktor ist eigentlich eine Funktion, die eigentlich, glaube ich, eine wichtige Funktion hat, bei der Ökonomisierung und Industrialisierung des Medizinbetriebs oft einfach nur stört, weil das eigentlich keine wirkliche Wertschätzung erfährt. Also der ärztliche Standpunkt ist insofern interessant, da er ökonomischen Output hervorbringt, aber die Fragen, wie man was macht, welche ethischen Grundsätze da eigentlich gelten sollen und schon die Vertragsgestaltung von Chefärzten ist ja eine große Diskussion, wo dann der ökonomische Faktor bis zu 100 Prozent das Gehalt des Kollegen dann bestimmt. Das sind so Wirren und Verwirrungen, die am Ende eigentlich dazu führen, dass man dringend wie nie einen ärztlichen Direktor braucht, der versucht zumindestens, den Patienten im Auge zu behalten, denn der ist nicht im Mittelpunkt. Das stimmt nicht. Der ist am Rande. Er ist ein Wirtschaftsfaktor wie andere Wirtschaftsfaktoren auch und die Vorgabe, also den Arzt, den Patienten im Mittelpunkt zu sehen, ist eher ein frommer Wunsch, als dass er wirklich in irgendeiner Weise eine Implikation in Abläufe, in Prozesse hat.«

> »*Herr Gondorf*: Deswegen habe ich die Vorstellung gehabt, dass das eine großartige Idee ist, wenn die beiden Krankenhäuser, wenn die sich sozusagen in den verschiedenen Bereichen zusammen organisieren wollen in Zukunft, dass das eine Herkulesaufgabe ist und dass man externe professionelle Hilfe gut gebrauchen kann. Das hat auch zum Teil eben funktioniert, aber bis zu dem Teil, wo man selber jetzt was machen muss. (…) an der Stelle muss das dann auch irgendwann opera/also man muss zum Beispiel sagen ›okay, wir verteilen jetzt die chirurgischen Aufgaben innerhalb der beiden Häuser und dann müssen wir dann auch Taten folgen lassen.‹ Und dann kriegen viele Leute Schmerzen und diese Schmerzen kann mir nicht die Supervisionsprofessorin da abnehmen, sondern die muss dann eben mit Gesprächen, die dann auch geführt worden sind mit Kollegen, die sagen ›nein, ich will aber meine Stellung hier behalten, auch wenn ich sie nicht ausfüllen kann, ist mir egal.‹ Und da muss man dann Tacheles reden und dann wird es auch böse. Und das ist dann keine lustige Aufgabe.«

Die organisationale Integration beider Krankenhäuser zu einem gemeinsamen Regionalkrankenhaus bezeichnet Herr Gondorf als »großartige Idee« und »Herkulesaufgabe« zugleich. Dabei stellt sich als eigentliche Herausforderung weniger die strategische Übereinkunft zur Regionalisierung[11] dar, als vielmehr der »Teil, wo man selber jetzt was machen muss«. Beispielhaft führt Herr Gondorf eine neue Verteilung der »chirurgischen Aufgaben« zwischen den beiden Häusern an. Dies erscheint hier allerdings nicht als bloße ablauforganisatorische Aufgabe, entscheidender ist für ihn als Ärztlicher Direktor die Behandlung von »Schmerzen« derjenigen »Leute«, die durch die Reorganisation ihre »Stellung« nicht gefährdet sehen wollen. Auffällig ist, dass die relevante Gruppe zunächst lapidar mit »Leute« umschrieben wird und erst im zweiten Anlauf dahingehend personalisiert wird, dass es sich um »Kollegen« handelt. Es deutet sich im Zuge der Regionalisierung ein erster Riss an, nämlich der zwischen einer neuen Symbolik, derjenigen der »Region« bzw. des regionalen Verbundkrankenhauses, und der praktischen Einsetzung dieser Symbolik inmitten der Gemengelage eines Klinikkonzerns mitsamt partikularer (chef-)ärztlicher Interessen. Die Struktur- und Prozessreformen der Regionalisierung stoßen demnach auf ein geteiltes Echo in den beiden Häusern und offenbaren, wie weit die jeweiligen Krankenhäuser trotz (oder: gerade aufgrund) der bereits seit vielen Jahren bestehenden Konzernstruktur auseinanderliegen. Herr Gondorf macht es sich, in Personalunion von Chefarzt und Ärztlicher Direktor, nun zur Aufgabe innerhalb der Ärzteschaft zu vermitteln. Denn offensichtlich führen weder die Beratungsleistungen einer »Supervisionsprofessorin«, noch das blo-

11 Unklar ist an diesem Punkt, ob die Regionalisierung überhaupt zur Debatte stand, oder ob dies nicht von der Konzernzentrale bzw. dem Krankenhausträger so beschlossen wurde. Hierzu später mehr bei Herrn Peters sowie bei den abschließenden Rekonstruktionen unter 7.2.3.

ße Werben für den Wandel zur erwünschten Wirkung seitens der Ärzt*innen, die ihre Partikularinteressen berührt sehen und den Reformprozess blockieren.

Herr Gondorf spricht in seiner Rolle als Ärztlicher Direktor dann auch davon, dass man in diesem Fall »Tacheles« reden müsse und es auch »böse« werde. Der Rückgriff auf eine Form der Kommunikation, die offen und unverblümt die eigene Meinung äußert und dabei das Trennende – im ursprünglichen Sinne das *Diabolische* – betont, obwohl ein neuer *symbolischer Zusammenhang* (das »Regionalkrankenhaus«) geknüpft werden soll, zeugt dann auch von seinem Dilemma als Ärztlicher Direktor.[12] Es stellt sich die Frage, ob die anderen Chefärzt*innen Herrn Gondorf gegenüber formal weisungsgebunden sind oder nicht. Es scheint hier zunächst nicht so, als könnte Herr Gondorf bei der Durchsetzung der Reformen auf *Macht als Medium* abstellen, da er seine Bemühungen darauf richtet, das Problem offen, aber ohne Anordnungen, anzusprechen. Jedenfalls versichert er zweifellos, sich in seiner Rolle als Chefarzt *und* Teil der Klinikleitung den Stellungskämpfen und Verteilungskonflikten, die mit der regionalen Fusion beider Standorte einhergehen, angenommen zu haben. Er ist in die Konfrontation gegangen und hat die »Schmerzen«, die die Reform bei seinen Kollegen hervorruft, selbst auf sich genommen. Doch welchem praktischen Sinn folgt diese Auseinandersetzung, die »keine lustige Aufgabe« ist? Was unterfüttert das neue Symbol des fusionierten Regionalkrankenhauses, über das offenbar so leidenschaftlich wie interessenpolitisch kontrovers zwischen Ärzt*innen wie mit der Geschäftsführung gerungen wird?

> »*Interviewer:* Wie bringen Sie das dann in die Praxis, also tatsächlich Tag für Tag, dass es so auch dann gelebt wird?
> *Herr Gondorf:* Das ist eben das Problem. Indem man, ich glaube, das ist wichtig, da mit Taten auch voranzugehen, ja. Zum Beispiel also was wir gemacht haben, ist jetzt massiv Patientenströme aus der Inneren Medizin aus dem [Name erstes Krankenhaus] ins [Name zweites Krankenhaus] weiterzuleiten. Das ist sozusagen schon ein guter Brauch. Die, das, was wir eigentlich uns ausgebeten haben, nämlich, dass wir dann auch eine gemeinsame Abrechnung haben und dass wir nicht vereinzelt da irgendwie zur Abrechnung kommen, das ist nicht, natürlich nicht eingehalten worden. Trotzdem laufen die Patientenströme weiter von [Name erstes Krankenhaus], wenn die in die Rettungsstelle kommen, ob das jetzt die Pflegepauschale ist, ob das, also da geht es darum/«

Mit »Taten auch voranzugehen« ist für Herrn Gondorf – gefragt nach der Verstetigung der begonnenen Umleitung von Patient*innen im Rahmen der Regionalisierung – von herausgehobener Bedeutung, denn es zeigt praktisch, dass man

12 Vgl. Luhmann (1996: 230-271) zur notwendigen Einheit symbolisch-verbindender und diabolisch-trennender Anteile von generalisierten Kommunikationsmedien am Beispiel des Geldes.

trotz aller fortdauernder Widerstände einen gemeinsamen Anfang als Regionalkrankenhaus gemacht hat: Die Weiterleitung der »Patientenströme« der *Inneren Medizin* von Haus 1 in Haus 2 wird sodann als bereits institutionalisierte (»guter Brauch«) Praxis der Regionalisierung reklamiert. Diese zeigt sich als *Entgrenzung* im Sinne einer zwischen beiden Standorten erfolgenden Weiterleitung von Patient*innen, die offenbar innerhalb der chirurgischen Fächer (noch) nicht gelungen ist. Da die von Herrn Gondorf als Chefarzt verantwortete Klinik zur Inneren Medizin zählt, wird klar, dass auch Herr Gondorf selbst (von den oben beschriebenen »Schmerzen«) betroffen war und doch im Konzert mit seinen internistischen Kollegen »mit Taten« vorangeschritten ist und eine Lösung gefunden hat. Allerdings erscheint der Reformprozess auch dort noch nicht abgeschlossen: einer (von den internistischen Ärzt*innen?) erbetenen *Kollektivierung der Abrechnungsmodalitäten* (»gemeinsame Abrechnung«) ist nicht entsprochen worden. Offensichtlich hat die Weiterleitung von Patient*innen zwischen den internistischen Fachbereichen beider Häuser auch eine finanzielle Dimension (»Pflegepauschale«), die eine Anpassung der bisherigen Abrechnungspraxis nahelegt. Herr Gondorf scheint über die fehlende Anpassung der Rechenpraxis nicht überrascht (»natürlich nicht eingehalten worden«), auch wenn noch nicht ganz klar ist, von wem und an wessen Adresse die Bitte gerichtet war.

Zusammenfassend lässt sich an der Darstellung aber bereits ablesen, dass die Organisationsreform »Regionalkrankenhaus« einen weiteren Riss bekommt. Denn offensichtlich hängt der Erfolg dieser für Herrn Gondorf und sein internistisches Kollektiv auch davon ab, »dass wir nicht vereinzelt da irgendwie zur Abrechnung kommen«. Die Weiterleitungspraxis entgegen finanzieller Einbuße dennoch weiterzuführen, signalisiert einen *normativen* Zusammenhang zwischen Ablauforganisation, Patient*innenversorgung und organisiertem Rechnen. Es stellt sich dennoch die Frage, weshalb eine Verkopplung von ablauforganisatorisch-medizinischen und kalkulatorischen Praktiken im Rahmen des neuen Regionalkrankenhauses partout nicht gelingen will?

»*Interviewer:* Ist das eine Abre/ist das dann eine Controlling-Problematik letztlich oder woran liegt das, dass sich dann die gemeinsame Abrechnung nicht realisieren lässt, also?
Herr Gondorf: Weil der [Name Krankenhauskonzern]-Verein behäbig, dumm und faul ist. Ganz einfach (lacht).
Interviewer: Also Sie konnten selber intern keine Mechanismen-Prozesse einführen, die das bewerkstelligen?
Herr Gondorf: Dazu müsste ja dann der geschäftsführende Direktor da richtig kämpfen. Der müsste dann sagen »wir machen das jetzt so.« Entschuldigung. Also hat er aber so nicht gemacht. Die Versprechungen sind nicht eingehalten worden. (seufzt) (…) Ja, das ist/wir treffen uns hier zwar, alle vier internistischen

Chefs der beiden Abteilungen, aber das ist, diese Frage ist schon (pfeift) disappeared und Mensch, eigentlich wollen wir auch den Lohn unserer Arbeit abholen und den kriegen wir aber nicht, also den vergessen wir dann auch, weil wir zu blöd sind, weil wir einfach so immer arbeiten, ohne zu gucken, wie sich das dann am Ende rechnet für uns. Das ist ein Fehler, aber natürlich auch ein Vorteil, aber/
Interviewer: Inwiefern rechnen, wenn ich da nochmal nachhaken darf, also/
Herr Gondorf: Naja, diese Vershiftung von eben DRG-Leistungen in die anderen Abteilungen gehen uns ja am Ende verloren. Sinnvoll ist ja aber nicht »meine Schublade, deine Schublade«, sondern unsere gemeinsamen Schubladen. Und interessant ist, dass unsere gemeinsamen Schubladen leuchten, ja. Ob meine dabei scheinbar weniger leuchtet oder mehr leuchtet, ist völlig wurst. Wichtig ist, dass der Standort, dass die beiden Häuser zusammen leuchten.
Interviewer: Als Region [Himmelsrichtung] dann.
Herr Gondorf: Ja, und diese Geschichte, die macht sich im Controlling eben noch nicht bemerkbar und eine strikte Verweigerung, das zu machen, trotz Anmahnung, aber ich glaube, die letzte Anmahnung ist schon wieder ein halbes Jahr her. (…) Von mir. (…) In Richtung Controlling und Richtung geschäftsführenden Direktor. Der ist ja derjenige, der das am Ende machen muss und umsetzen muss und durchsetzen muss an der Stelle. Das schreibe ich mir gleich auf. Morgen ist Chefarztsitzung. Das werde ich den nochmal fragen. (…) Soweit ich verstanden habe, ist das eigentlich auch mit der Geschäftsführung konzertiert und wenn nicht, dann würde ich es gerne wissen und selber den Kampf aufnehmen. Ja, so ist immer so eine Hinhaltegeschichte.«

Nach den Ursachen gefragt, gibt Herr Gondorf mit der diabolisch-zynischen Antwort, der Konzern sei »behäbig, dumm und faul«, sein Managementerleben im Krankenhauskonzern preis: Er und seine internistischen Kollegen sind machtlos angesichts einer regionalen Geschäftsführung, die gegebene Versprechen bezüglich einer gemeinsamen Abrechnung nicht einhält und den Reformprozess dahingehend seit vielen Monaten verschleppt. Die Einschätzung von Herrn Gondorf, der Regionalgeschäftsführer müsse für eine Anpassung der Rechenpraxis »richtig kämpfen« zeugt von einer komplexen Problematik auf mehreren Ebenen, wovon eine das Wechselspiel zwischen regionaler Geschäftsführung und Konzernzentrale darstellt. Seine forsche Handlungspraxis (»Mit Taten auch voranzugehen«) als internistischer Chefarzt stößt an Grenzen, wo er in seiner Rolle des Ärztlichen Direktors an den vorgesetzten Geschäftsführer gebunden ist, welchen er in seinem vehementen Festhalten an einer ökonomischen Fusion der Standorte noch übertrifft!

Die eigene Gruppe der internistischen Chefärzte wiederum rügt Herr Gondorf nicht minder für fehlende Voraussicht und einen naiven Umgang mit der *eigenen* ökonomischen Leistung (»weil wir zu blöd sind«). Seine aus dieser Warte

formulierte Selbstkritik an der internistischen Praxis eröffnet zugleich die kollektive Dimension des Problems: die konjunktive Praxis der Internisten verweist auf einen ärztlichen Habitus, der darauf gerichtet ist, *akute* Probleme der Krankenversorgung zu lösen und weniger darauf, welche ökonomischen Konsequenzen sich aus *gegenwärtigen* Problemlösungen *in Zukunft ergeben könnten* (»weil wir einfach so immer arbeiten, ohne zu gucken, wie sich das dann am Ende rechnet für uns«). Gleichwohl ist es erklärtes Ziel der Internist*innen beider Standorte, den »Lohn« der kooperativen Arbeit, der hier tatsächlich als ökonomischer Wert in Form von »DRG-Leistungen« firmiert, einzustreichen.

Die Klage über die eigene Nachlässigkeit sekundiert genau jenen »Schmerz« des finanziellen Aderlasses in Folge der Regionalisierung, den Herr Gondorf zuvor noch bei seinen chirurgischen Kollegen*innen erkennen und ihnen nehmen wollte. Was dort noch als Starrköpfigkeit und realitätsfernes Eigeninteresse kritisiert wurde (›ich will aber meine Stellung hier behalten, auch wenn ich sie nicht ausfüllen kann‹), gerät hier zur ökonomischen Blindheit infolge einer *geteilten* professionellen Verantwortung (vgl. auch die Ausführungen zum »Priorisierungskonflikt« in Kapitel 6.1). Bei ihm wird folglich eine ausgeprägte *habituelle Spannung* zwischen ökonomischer Zielverfolgung (in der Rolle des Ärztlichen Direktors *und* Chefarzt) und akuter Krankenversorgung (als Chefarzt) sichtbar. Besonders eklatant ist dieser in der obigen Sequenz durch sein Oszillieren zwischen einer kämpferischen Haltung im Reformprozess (»Das schreibe ich mir gleich auf. Morgen ist Chefarztsitzung. Das werde ich den nochmal fragen«) einerseits und dem resignativ bis zynisch begleiteten Aufgeben-Wollen als Konsequenz seiner verkörperten professionellen Praxis andererseits (»weil wir zu blöd sind […]. Das ist ein Fehler, aber natürlich auch ein Vorteil«).

Der Reformprozess stellt an dieser Stelle den Gang der Rekonstruktionen vor eine entscheidende Frage: Warum verweigert der geschäftsführende Direktor, respektive der Krankenhauskonzern, eine »gemeinsame Abrechnung« ebenso sehr wie sich andere Chefärzte dem Reformprozess versperren? Wenn die geteilte professionelle Praxis der Internist*innen der Erreichung ihres kollektiven ökonomischen Erfolgs abträglich war, war sie es dann auch individuell? Ein Ansatz zur Beantwortung dieser Frage befindet sich in folgender, oben bereits zitierter Sequenz von Herrn Gondorf:

> »Naja, diese Vershiftung von eben DRG-Leistungen in die anderen Abteilungen gehen uns ja am Ende verloren. Sinnvoll ist ja aber nicht »meine Schublade, deine Schublade«, sondern unsere gemeinsamen Schubladen. Und interessant ist, dass unsere gemeinsamen Schubladen leuchten, ja. Ob meine dabei scheinbar weniger leuchtet oder mehr leuchtet, ist völlig wurst. Wichtig ist, dass der Standort, dass die beiden Häuser zusammen leuchten.«

Das Leuchten – verstanden als *ökonomischer* Erfolg – legt die Fährte in Richtung der Anreizstruktur der DRG, die bereits viele Jahre vor der Regionalisierungs- und Fusionsstrategie eingeführt wurde und mittlerweile zum professionellen Alltag der Krankenhausärzte gehört. Aus der soeben geleisteten Rekonstruktion des Orientierungsrahmens von Herrn Gondorf ergibt sich also die Notwendigkeit, den Blick zunächst auf die Kontextvariablen und Orientierungsschemata zu legen, die in Zusammenhang mit seinem spannungsreichen Habitus stehen. Das letzte Zitat zu den Schubladen legt die These nahe, dass die von Herrn Gondorf an die Adresse der Internist*innen (und damit sich selbst) gerichtete, emotional vorgetragene Indifferenz gegenüber dem *gemeinsamen* wirtschaftlichen Saldo, in *ökonomischer* Hinsicht einen »Fehler« und einen »Vorteil« zugleich darstellt. Denn der Verzicht auf eine ökonomische Kooperation könnte doch auch mit der Existenz eines etablierten *Konkurrenzmodus* zu tun haben, der insbesondere auf individuelle Leistungsparameter abstellt und hier seine Anreize setzt. Getreu dem Motto: Wenn jeder an sich denkt, ist an alle gedacht!

Wie oben bei Herrn Falter rekonstruiert wurde, scheint genau dies den DRG eingeschrieben zu sein. Sie werden als System vergleichender Erfolgsmessung präpariert, in dem eine »Vershiftung von DRG-Leistungen in die anderen Abteilungen« eben zu *schmerzhaften* Verlusten in der jeweils *eigenen* Abteilung führt. Wenn man nun eine »gemeinsame Abrechnung« – ein *ökonomisches Wir* – fordert, wird dadurch nämlich zunächst weniger das *professionelle Wir* der Ärzte herausgefordert, als vielmehr das ökonomische *Ich* einzelner Abteilungsleiter*innen bzw. Chefärzt*innen (»meine Schublade, deine Schublade«). Es deutet sich hier an, dass die »neue Sichtbarkeit« (vgl. Kapitel 6.1) medizinischer Leistungen durch DRG tatsächlich eine ausgeprägte Form *ökonomischer Konkurrenz* zwischen den einzelnen Kliniken, Fachbereichen und Standorten hat entstehen lassen und ein solidarisches Verhalten im Sinne einer Abkehr von eigenen ökonomischen Interessen als »Fehler« ausweist und bestraft. Wie oben (vgl. 4.2.1 und 4.2.2) mit Blick auf die Einführung von Budgetobergrenzen und die DRG ausgeführt wurde, stehen diese gesundheitspolitischen Maßnahmen unter dem Verdacht, einen Anreiz zum ›Spartenkannibalismus‹ (Schrappe 2007: 143) zu setzen, der sich darin äußert, dass leitende Ärzt*innen vor allem bestrebt sind, die Fallzahlen und Indikationen der eigenen Klinik auszuweiten, wenig lukrative Fälle abzuweisen oder »Problemfälle« intern an andere Abteilungen weiterzureichen.

Die »großartige Idee« einer Fusion zweier Standorte desselben Krankenhauskonzerns erweist sich vor allem deshalb als »Herkulesaufgabe«, da das DRG-System hier als *Problemverursacher und Problemlöser zugleich* fungiert. Im Reformprozess soll es professionellen Akteur*innen, die durch dessen vergleichende Metriken bislang vor allem als ökonomische Konkurrenten zueinander in Beziehung standen, nun Rechenentitäten zur Verfügung stellen, die als Brücken einer neuen Kooperation, gar organisationalen Einheit, fungieren. Die Zahlen der

DRG sollen also jene Konkurrenz abmildern, die sie erst ermöglicht hatten. Dieser vagen Hoffnung steht jedoch die von Herrn Gondorf kolportierte Erfahrung des Hinhaltens entgegen: Dem Regionalkrankenhaus als Symbol für den integrierten »Standort« werden *Rechenkompetenzen* und *-befugnisse* von der Konzernzentrale in Richtung der regionalen Geschäftsstelle partout nicht übertragen. Der Wechsel der Ebenen von regionaler zu zentraler Krankenhausführung deutet auf divergente Steuerungsinteressen hin, die wiederum mit den DRG zusammenhängen könnten.[13] Mit anderen Worten: der neue *identitäre* Zusammenhang, der durch die Einführung des Regionalkrankenhauses konstruiert und sicherlich auch durch ökonomische Kalküle[14] inspiriert wurde, trifft auf handlungspraktische Probleme, da mit der Weiterleitung auch eine »Vershiftung von DRG-Leistungen« einhergeht und hier nicht bloß Zahlen verschoben, sondern etablierte Bindungen in der Organisation (Funktionen, Zuständigkeiten, Interessen, Ressourcen, Positionen etc.) in Frage gestellt werden. Es zeigt sich die paradoxe Lage, dass mit einer ablauforganisatorischen *Entgrenzung* bzw. professionellen *Kooperation* zugleich *neue Brüche* im modus operandi der organisierten Krankenversorgung hergestellt werden.

Das Problem der *kalkulativen Repräsentation von Gemeinsamkeit, von ökonomischer Solidarität* (die »gemeinsame Abrechnung«, wo dann die »gemeinsamen Schubladen« leuchten können) trifft ferner – wie sich hier schon andeutet – auf eine chefärztliche Orientierung, die in dezentralen Organisationsstrukturen gewachsen ist und für die es selbstverständlich ist, dass die eigene »Stellung« nicht zur Disposition steht (das Eingangszitat erneut: ›nein, ich will aber meine Stellung hier behalten, auch wenn ich sie nicht ausfüllen kann, ist mir egal.‹). Die wohlfahrtsstaatliche Struktur der Expertenbürokratie in Form dezentraler »Silos« (siehe 3.3.2) fördert seit jeher eine *Binnenorientierung* der jeweiligen Chefärzte, die es gewohnt sind, als oberste Herren im eigenen »Königreich« (Zitat einer Pflegedienstleitung) zu agieren.[15] Dies fördert informale Ordnungen, die eine formal geregelte, kommu-

---

13 Leider stand die geschäftsführende Direktion für ein Expert*innen-Interview nicht zur Verfügung. Es konnten lediglich alle anderen Akteure der regionalen Krankenhausleitung (Ärztlicher Direktor und Pflegedirektion) sowie Stellen aus der Konzernleitung (Budgetmanagement) befragt werden. Insofern können diesbezügliche Annahmen nur mittelbar aus Zuschreibungen und Schilderungen gezogen werden. Weitere Einsichten hierzu folgenden in den nächsten Unterkapiteln sowie unter 7.2.3.

14 Denkbar sind der Abbau von Leitungsstrukturen, weniger Schnittstellen und Kompetenzgerangel, schnellere, zielgerechtere Behandlung und damit Entlassung von Patienten etc.

15 Im Rahmen einer teilnehmenden Beobachtung einer Chefarztkonferenz wurde folgendes zu Herrn Gondorf protokolliert, der als Ärztlicher Direktor die Konferenz leitete. Zum Abschluss der Sitzung, nach einem flammenden Appell an das Kollegium, bei einer strategisch wichtigen Entscheidung zusammenzustehen und gegen die Konzernleitung vorzugehen, sagte er mit einem Augenzwinkern an das Kollegium gerichtet: »le team, c'est moi«.

nikative Vernetzung erschweren und nicht zuletzt *professionelle Rivalitäten* zwischen Kliniken und Fachbereichen zementieren.

Der Leistungsvergleich durch DRG fördert nun – so eine erste These – »mimetische Krisen« (Girard 1997) bei den untersuchten Chefärzten zutage, da deren tradierte Form der Aushandlung professioneller Rivalitäten gestört wird. So ist es kein Zufall, dass Herr Gondorf als Internist im obigen Beispiel die »chirurgischen Aufgaben« und deren Verantwortliche anführt, die bei der neuen Ablauforganisation mauern, und nicht die internistischen Abteilungen. Doch gehört es ebenso zur tradierten Form professioneller Konkurrenz unter Internist*innen, nach dem Prinzip »meine Schublade, deine Schublade« zu verfahren. Wenn die Internisten »einfach so immer arbeiten, ohne zu gucken, wie sich das dann am Ende rechnet *für uns* [Hervor., K. M,]« bedeutet dies, dass jeder einzelne Chefarzt zunächst einmal darauf achtet, dass es sich *für ihn* rechnet, auch wenn die Gruppe im Rahmen der geteilten Praxis eine »gemeinsame Abrechnung« gefordert hat und ökonomische Einbußen im Rahmen der Weiterleitung in Kauf nimmt. Es bleibt also in den folgenden Rekonstruktionen zweier Chefärzte aus dem gleichen Regionalkrankenhaus durch Kontrastierung zu klären, wie das Verhältnis von Kooperation und Konkurrenz mit der jeweiligen *Basis der Bezugnahme*, den professionellen einerseits und den kalkulatorischen *Vergleichswerten* andererseits, zusammenhängt und sich im Rahmen des Klinikkonzerns praktisch ausgestaltet.

Fachspezifische Mikropolitik mit Zahlen Die Rekonstruktion beginnt mit Herrn Peters, einem Chefarzt für Chirurgie (Orthopädie und Unfallchirurgie) am gleichen Standort, der seit einigen Jahren auf der Position arbeitet.

> »*Interviewer:* Gibt es da eine gemeinsame Position, vielleicht auch über den ärztlichen Direktor hergestellt, wie man sich mit diesen, wie Sie sagen, utopischen Steigerungsraten dann auch verhält, wie man sich als Ärzteschaft dazu verhält gegenüber der Geschäftsführung oder ist da jeder ein Stück weit auch Einzelkämpfer oder/
> *Herr Peters:* Naja, also ich sage mal so, die Politik der Geschäftsführung oder insbesondere hier des, auf der regionalen Ebene ist, erscheint mir schon so, wie das alte österreichische Kaiserhaus sagte, divide et impera, ja. Also nicht jube et impera, sondern divide et impera. Ich denke, dass da schon eine gewisse, wir tauschen uns ja auch untereinander aus, Solidarität da untereinander da ist und dass unter uns auch eigentlich allen klar ist, dass diese Ziele teilweise utopisch sind. Führt aber meistens dazu, dass der eine dem anderen, also so genau gesagt, die Regionaldirektorenebene sagt »okay, das sind die Vorgaben von der Geschäftsführung und/« also wird so ein bisschen Verschiebebahnhof gespielt. Ich glaube, dass es deutlich motivierender und am Ende auch nachhaltiger (…) wäre, wenn man durchaus Wachstumszahlen, die realistisch sind, auch kommuniziert

und bei dieser Kommunikation von Wachstumszahlen auch frühzeitig diese gemeinsam bestimmt. Wir hatten hier auch Jahre, wo wir uns verpflichtet haben, innerhalb des Klinikums bestimmte Wachstumszahlen gemeinsam zu erreichen, und haben dann auch immer geguckt, dass der eine vielleicht mal den einen oder dem anderen da unter die Arme greift, und das hat eigentlich immer ganz gut geklappt. Mein Eindruck ist, dass das zur Zeit eher alles so ein bisschen, ja, wie gesagt, Top-Down läuft und/«

Herr Peters stellt mit Blick auf die Frage nach dem Zusammenspiel von »Ärzteschaft« und »Geschäftsführung« interessanterweise fest, dass eine »Politik der Geschäftsführung oder insbesondere hier auf der regionalen Ebene« des »divide et impera« (teile und herrsche) und nicht des »jube et impera« (befehle und herrsche) vorliege. Anstelle also der Ärzteschaft befehle zu erteilen[16], wird sie organisational in viele Untergruppen, sprich Fachabteilungen und Kliniken mit widerstreitenden Interessen geteilt und so gespalten. Die Herrschaft der Krankenhausleitung entpuppt sich daraufhin als ein ständiger »Verschiebebahnhof« der Verantwortung und Zuständigkeit. Denn auch in der eigenständig gestellten Regionalgeschäftsführung des »Standortes« bieten sich im zentralisierten Konzern Chancen zur Verschiebung: Die Regionaldirektion des Hauses weiß sich beispielsweise als eine weitere Untereinheit der Konzernstruktur darzustellen und so die Ausdifferenzierung von Leitungsstrukturen für sich mikropolitisch zu nutzen, etwa, wenn sie sich bei der Diskussion um von Seiten der Ärzteschaft als utopisch empfundenen Leistungsvorgaben darauf zurückzieht, die Zahlen kämen nicht von ihr selbst, sondern von *weiter oben bzw. außen* (»okay, das sind die Vorgaben von der Geschäftsführung«).

Die Metapher des »Verschiebebahnhof« drückt ein Management-Erleben von Herrn Peters aus, in dem zwar Managementinstrumente zur Anwendung kommen (Zielvereinbarungen in Form vorgegebener »Wachstumszahlen«), die Steuerung selbst sich jedoch *geräuschlos, ohne Befehlston* (»jube«) vollzieht, womit diese sich zunächst als technokratische Managementpraxis von oben (»top-down«) ausweist. Herr Peters als Chefarzt einer Klinik spricht hier aus einer mittleren Managementposition, an die zu erfüllende Ziele gerichtet werden, ohne dass diese Ziele selbst Gegenstand einer Verständigung gewesen wären. Um im Bild zu bleiben: die *Weichenstellung* ist Herrn Peters Aufgabe nicht, die Richtung wird durch das Signalsystem der Trasse vorgegeben und so bleibt nur noch, den Zug möglichst den Vorgaben gemäß zum Ziel zu führen. Aus der hierarchischen Arbeitsteilung ergeht keine Lastenteilung, eher *weichen* direkt übergeordnete Leitungspersonen

16 Dies wäre mit Bezug auf die Patientenversorgung in rechtlicher Hinsicht auch gar nicht möglich.

den Diskussionen aus und verschieben die Verantwortung auf die nächst höhere Ebene, die abstrakt erscheint und unerreichbare Vorgaben macht.

Die Folge dieser Nicht-Adressierbarkeit scheint durchaus auch auf die Ärzt*innen abzufärben: Die Beschreibung der professionellen Solidarität wirkt bei Herrn Peters zunächst eher verlegen, wenn er eine »gewisse« Solidarität sieht, die im gemeinsamen Austausch begründet liegt (»Ich denke, dass da schon eine gewisse, wir tauschen uns ja auch untereinander aus, Solidarität da untereinander da ist«). Dies zeigt sich auch am *positiven Gegenhorizont* zur aktuellen Lage, die Herrn Peters' Erfahrung der wachstumsgetriebenen Top-Down-Steuerung Ausdruck verleiht. Vormals wurden Fallzahlen noch »gemeinsam« bestimmt und kommuniziert, was aus seiner retrospektiven Sicht weitaus produktiver und auch in professioneller Hinsicht wertvoller (»deutlich motivierender und am Ende auch nachhaltiger«) gewesen ist, als die momentane Führungspraxis des Top-Down. Es war »innerhalb des Klinikums« üblich, dass man sich »unter die Arme greift« und Wachstumsziele gemeinsam erreicht, ohne auf die individuellen Leistungsdifferenzen zu achten.

Das neue Dilemma liegt nun in der Feststellung, dass eigentlich allen Chefärzt*innen klar ist, dass »diese Ziele teilweise utopisch sind«, aber man über die gemeinsame Feststellung hinaus keine *praktische Solidarität* mehr leisten kann, insofern die Wachstumszahlen als rein äußerliche, *individuell* zu bearbeitende Vorgaben fungieren.[17] Das scheint die eben geäußerte These zum Spartenkannibalismus zunächst zu bestätigen: Die Vorgabe individuell zu erreichender Wachstumsziele gerinnt im Zuge der Etablierung eines Top-Down-System der Konzernführung zu einer »divisionalen« Form (den Sparten) organisationaler Steuerung, die individuelle Kooperation erschwert, da sie nicht mehr »verrichtungsorientiert« (Schrappe 2007: 142) am komplexen und abteilungsübergreifenden medizinischen Fall arbeitet, sondern die Notwendigkeit pointiert, das eigene Abteilungsergebnis zu Lasten anderer Abteilungen zu optimieren. Gleichzeitig stellt es aus Sicht von Herrn Peters ein durchsichtiges Manöver der Geschäftsführung dar, wenn die Forderung, »utopische Steigerungsraten«[18] zu erreichen, sich an alle Chefärzt*innen gleichermaßen richtet. Hier kündigt sich unter Umständen eine *vages Enaktierungspotenzial* unter den diesen an, die nicht in professionellen Aspekten begründet liegt, sondern

17 Siehe hierzu auch die diese Analyse unterstützenden Bemerkungen von Herrn Gelmann im nachfolgenden Unterkapitel.

18 Der Term »utopische Steigerungsraten« wurde im oben Zitat zwar vom Interviewer genutzt, war aber nur eine Paraphrasierung dessen, was Herr Peters zuvor so wortwörtlich geäußert hatte. Der genaue Wortlaut von Herrn Peters lautete: »[…] wobei aber natürlich das Unternehmen den Fehler macht meiner Meinung nach, und wahrscheinlich nicht nur unseres, […] dass sie zumindest in meiner Abteilung jedes Jahr so Steigerungsraten von 30 bis 40 Prozent vorgibt, was natürlich vollkommen utopisch ist.« Eine genauere Analyse der Aussagen wird unter 6.4 geleistet.

darin, sich gegenseitig mit expliziten Wissensbestandteilen (ökonomischen Informationen) zu versorgen. Welche praktischen Konsequenzen dies hat, zeigt sich an folgender Sequenz:

»*Interviewer:* Wie greifen Sie in solchen, also wenn es jetzt auch beispielsweise um Personalfragen geht, insofern greifen Sie dort selbst auch auf Controlling-Ex/also Informationen zurück?
Herr Peters: Ständig.
Interviewer: Wie kann/Können Sie die Mitarbeiter einfach anfragen oder/
Herr Peters: Naja, es ist also schon so, dass ich da sehr eng mit der Personalabteilung in Kontakt stehe und eigentlich/also ich habe bei mir auf dem Rechner alle Monatsberichte immer gespeichert aktuell, sei es jetzt die Monatsberichte zu Sachkosten, Personalkosten unterteilt in eigene Personalkosten und Fremdkosten. Dann die kompletten Bilanzierungen der Abteilungen mit also so einer Entwicklung des Deckungsbeitrages und auch, was auch ganz interessant ist, die, der Überblick, das Benchmarking innerhalb des Unternehmens, Benchmarking zwischen den Klinikstandorten, aber zwischen den einzelnen Kliniken in den jeweiligen Fachbereichen. Also ich weiß schon immer sehr genau, wie meine unfallchirurgischen Kollegen stehen oder orthopädischen Kollegen stehen und so weiter und so sofort. Und wir haben uns auch gegenseitig sozusagen verpflichtet, wir Chefärzte im Medical Board, Medical Board ist so eine Institution, in der alle Chefärzte des gleichen Fachbereichs sitzen, uns die Controlling-Berichte von den einzelnen Kliniken gegenseitig zuzuschicken, damit wir wissen, ob zum Beispiel die Vorgaben bei allen gleich utopisch sind und wie die Entwicklungen sind und so, um sich da besser auszutauschen.«

Herr Peters offenbart hier zunächst eine außerordentlich informationsbasierte Wissensorientierung. Stets »alle Monatsberichte« und »komplette Bilanzierungen der Abteilungen« monatsaktuell vorliegen zu haben und auch »immer sehr genau« im Bilde über die Leistungen seiner Fachkolleg*innen zu sein, spricht für eine hohe Zahlenaffinität und ein reges strategisches Interesse an Fragen der wirtschaftlichen Entwicklung der unterschiedlichen medizinischen Domänen und des Konzerns im Abgleich mit der eigenen Klinik. Die praktische Solidarität entpuppt sich in diesem Zusammenhang als *fachspezifische*: In einem Gremium, dem Medical Board, tauscht sich Herr Peters mit Kolleg*innen des gleichen Fachbereichs aus. Interessanterweise stellt man sich dort »Controlling-Berichte« gegenseitig zur Verfügung, was impliziert, dass nicht alle Kolleg*innen von Herrn Peters einen so breiten Zugang zu diesen Daten haben, wie er selbst (»die kompletten Bilanzierungen der Abteilungen«). Die Informationsasymmetrien innerhalb des Fachbereichs werden nun aber dadurch bearbeitet, dass man sich »gegenseitig sozusagen verpflichtet« hat diese Informationen auszutauschen, um oben schon beklagte »utopische« Steigerungsraten fachintern miteinander zu vergleichen.

Das Benchmarking-System des Konzerns wird hier nicht nur als Quelle herangezogen, die Aufschluss über die wirtschaftliche Entwicklung der Kliniken und Fachbereiche gibt, sondern auch und vor allem, inwiefern innerhalb des Fachbereichs unterschiedliche Steigerungsraten gefordert sind, oder ob diese vielmehr »bei allen gleich utopisch sind«.

Mikropolitisch formiert sich hier – ganz im Gegensatz zu Herrn Gondorfs Schilderungen[19] seines wenig strategisch agierenden internistischen Fachkollegiums – im Medical Board also eine Gegenmacht, die als *Surrogat* einer vormals stärker *gelebten professionellen* Solidarität, die sich auch auf die Erreichung wirtschaftlicher Ziele bezog, erscheint. Man verpflichtete sich vor der Top-Down-Steuerung zwar auch schon *explizit* zur gemeinsamen Erreichung von Wachstumszielen, achtete jedoch *implizit* darauf, sich »unter die Arme« zu greifen.[20] Der Austausch der individuellen Zielvorgaben formiert nun ein solidarisches Rechenkollektiv von Ärzt*innen des gleichen Fachs, das nicht auf dieser impliziten, praktischen Unterstützung und »organischen Solidarität« unter Professionellen beruht, sich aber intern zum Austausch *expliziter Wissensbestandteile* (Controlling-Daten) verpflichtet, mit denen eine fachspezifische, ökonomische Reflexion entgegen der Konzern- und Regionalgeschäftsführung aufgebaut werden soll. Zwar können sich die einzelnen Chefärzte nicht erwehren als Leistungsstellen adressiert und mit Zielvorgaben konfrontiert zu werden, wohl aber können sie sich als ein Kollektiv organisieren, dass den ökonomischen Druck gemeinsam *kommunikativ reflektiert* und so besser verstehen lernt, was *jenseits* der Zahlen – stets jedoch vermittels Zahlen – im Gefüge des konzernweiten Mehrebenen-Managements vor sich geht und was für kommende numerische Spiele zu antizipieren ist.

Im Medical Board wird also an der fachspezifischen Kontextualisierung der durch die Top-Down Strategie des Konzerns erzeugten *Intransparenz* gearbeitet. Auch wenn die Praxis des Zahlentausches eine Reaktion auf eine Strategieänderung des Konzerns sein mag, leistet die Architektur der DRG doch auch ihren eigenen Beitrag zu einer *fachspezifischen Orientierung*. Denn Herr Peters verkörpert die eigene Position im Management tendenziell eher aus der Warte derjenigen fachspezifischen Vergütungstrends und Produktivitätserwartungen heraus, die am

19 Herr Gondorf: »Ja, das ist/wir treffen uns hier zwar, alle vier internistischen Chefs der beiden Abteilungen, aber das ist, diese Frage ist schon (pfeift) disappeared und Mensch, eigentlich wollen wir auch den Lohn unserer Arbeit abholen und den kriegen wir aber nicht, also den vergessen wir dann auch, weil wir zu blöd sind, weil wir einfach so immer arbeiten, ohne zu gucken, wie sich das dann am Ende rechnet für uns.«

20 Herr Peters: »Wir hatten hier auch Jahre, wo wir uns verpflichtet haben, innerhalb des Klinikums bestimmte Wachstumszahlen gemeinsam zu erreichen, und haben dann auch immer geguckt, dass der eine vielleicht mal den einen oder dem anderen da unter die Arme greift, und das hat eigentlich immer ganz gut geklappt. Mein Eindruck ist, dass das zur Zeit eher alles so ein bisschen, ja, wie gesagt, Top-Down läuft.«

ehesten *vergleichbar* mit den seinen sind (unfallchirurgische/orthopädische Kosten und Leistungen haben laut DRG-Katalog andere Entgelte und Verweildauern als etwa intensivmedizinische oder onkologische). Dies verstärkt die Tendenz, auch auf expliziter Ebene auf Abstand zum fachfremden Kollegium zu gehen, und sich prima facie gemeinschaftlich mit seinen Fachkolleg*innen auszutauschen und mit diesen dem Top-Down-System zu begegnen. Es wird nun weiterverfolgt, wie sich das Verhältnis innerhalb der Ärzteschaft aus Sicht von Herrn Peters darstellt:

> »*Interviewer:* Gleichwohl sind Sie ja als Chefarzt hier auch in diesen Chefarztrunden eingebunden und eben mit anderen Chefärzten. Können Sie ein bisschen beschreiben, wie dort die Zusammenarbeit funktioniert oder worüber tauschen Sie sich für gewöhnlich aus?
> *Herr Peters:* Ich denke, man muss da mal unterscheiden zwischen den sogenannten Chefarztrunden unter Anwesenheit des kaufmännischen Leiters und jedenfalls auch der Pflegeleitung und den Chefarztrunden, die sozusagen unabhängig vom kaufmännischen Leiter und dem Pflegeleiter. Ich glaube, dass es nach wie vor ein recht kollegiales und gutes Verhältnis ist, das wir hier in einem vergleichsweise kleinen bis mittelgroßen Klinikum haben. Also da kenne ich auch aus Universitätskliniken teilweise ganz andere Situationen mit sehr viel mehr Wettbewerb und teilweise auch recht unfairen Methoden, sich gegenseitig sozusagen Drittmittel oder Ressourcen abzuwerben. Das würde ich sagen ist bei uns noch vergleichsweise gut, wobei man schon merkt, dass natürlich auch hier es für die Entscheider an der einen oder anderen Stelle – ich will es mal ganz euphemistisch ausdrücken – schwierig ist, ihre Rolle z.B. als ärztlicher Direktor so neutral zu leben, dass da nicht eigene Vorteile damit entstehen. Also insofern ist es schon so eine Gemengelage, wo ich sagen würde ja, wir Chefärzte verstehen uns gut. Natürlich gibt es dann auch mal hier und da Strömungen.«

Herr Peters zeichnet – vom Interviewer nach der Form der Zusammenarbeit mit den anderen Chefärzt*innen gefragt – das Bild einer »Gemengelage«. Es zeigt sich, dass das chefärztliche Kollegium als einheitlicher strategischer Akteur eine gewisse Relevanz besitzt, dessen Einheit aber stets fragil erscheint, wie hier anhand der personellen Besetzung einschlägiger Leitungsgremien implizit zum Ausdruck kommt. Die eingeführte Differenzierung macht klar, dass unter *Anwesenheit* der kaufmännischen Leitung in den »sogenannten Chefarztrunden« die Zusammenarbeit der Ärzt*innen infolge des geteilten praktischen Wissens darin besteht, über gemeinsame Belange nicht offen zu sprechen.[21] Diese Konstellation stellt den negativen Gegenhorizont zur Gremienarbeit unter Abwesenheit der Geschäftsführung

21 Dieser Schluss konnte insbesondere unter teilnehmender Beobachtung einer Chefarztrunde erhärtet werden, in der ein gemeinschaftlicher Ton und inhaltliche Solidarisierungen erst im inoffiziellen zweiten Teil der Sitzung begannen, nachdem der Geschäftsführer im ersten Teil

dar. Herr Peters glaubt, dort herrsche dann ein »Verhältnis« im Kollegium vor, das als »recht kollegiales und gutes« bezeichnet werden könne, wohl wissend, dass die Methoden in den großen Universitätskliniken *noch* unfairer, die Ressourcenaneignung *noch* umkämpfter, die Konkurrenz auf Grundlage der DRG-Zahlenkonstrukte *noch* intensiver ausfällt.

Gleichzeitig ist der geäußerte *Glaube* an eine relativ intakte Kollegialität ein gutes Indiz für die *Abwesenheit* einer tatsächlich *gelebten, fächerübergreifenden* Kollegialität unter den Chefärzt*innen. Wie soeben gezeigt wurde, verlagert sich die *explizit* geäußerte Solidarität zunehmend in Richtung einer fachspezifischen Formation (z.B. in einem Medical Board). Dies illustriert auch die Einschätzung von Herrn Peters, dass es für »die Entscheider« da oben schwierig sei, ihre eigenen Partikularinteressen (»eigene Vorteile«) hintanzustellen und adressiert hier ganz explizit und zum ersten Mal den Ärztlichen Direktor, Herrn Gondorf. Aus Herrn Peters' Sicht sollte das Management und vor allem die Ärztliche Direktion eine nivellierende Kraft sein, die die eigene Rolle »neutral zu leben« und in den Dienst der allgemeinen Sache der Chefärzte zu stellen hat, auch wenn diese Allgemeinheit in der Beschreibung vage bleibt. In der Akzentuierung der Sonderrolle des Ärztlichen Direktors zeigt sich erneut die Kritik an der zersetzenden Top-Down-Steuerung des Konzerns.

Eine Kritik, die implizit an der dezentralen Tradition der Silos aufsetzt: Aus der Kennzeichnung der Situation aller Chefärzte als »Gemengelage«, die trotz einer solidarischen Atmosphäre (»wir Chefärzte verstehen uns gut«) »hier und da Strömungen« kennt, tritt als praktische Gewissheit zutage, dass Chefärzt*innen, unbenommen ihres gemeinsamen Wirkens im Dienste der Medizin, auf dem mikropolitischen Parkett gegeneinander antreten und über das Verhältnis von und Ausmaß an Konkurrenz und Kooperation selbst entscheiden. Die Frage ist also weiterhin, ob das Verhältnis aus Sicht der Beteiligten *maßvoll* ist und anhand welchen Maßstabs dies zu bestimmen ist.

Professionelle Mimesis vs. numerische Konkurrenz Welche Perspektive entwickelt nun Herr Gelmann, langjähriger Chefarzt für Innere Medizin (Kardiologie, konservative Intensivmedizin) im gleichen Haus, hierauf?

> »*Interviewer:* Ja, wir beschäftigen uns in dem Projekt ja vor allen Dingen damit, wie die einzelnen Leitungsfunktionen innerhalb der Krankenhausleitung zusammenarbeiten. Jetzt würde es mich bei Ihrer Person besonders interessieren, wie Sie die Zusammenarbeit als Chefarzt für diese große Klinik mit der Krankenhausleitung, mit der klassischen trialen Krankenhausleitung hier wahrnehmen.

---

der Sitzung Leistungszahlen präsentiert und später den Raum verlassen hatte. Siehe hierzu auch die Ausführungen von Herrn Falter unter 6.1 und Herrn Schlenk unter 6.4.

Herr Gelmann: Also als solches haben wir sie ja nicht mehr, weil wir ja Teil eines Konzerns sind. Also wir haben vor Ort ein Triumvirat. Da ist letzt/wir haben ärztlichen Direktor, der kaufmännische Direktor und das ist die Pflegedirektorin, die also hier existieren, aber das ist natürlich, die hat bestimmte Leitungsfunktionen und auch gewisse Weisungsbefugnis mir gegenüber, aber im Endeffekt ist mein Dienstherr ist hier der kaufmännische Leiter, der selbst auch Arzt ist, ja. (…) Und wir sind einfach ein Team von Chefärzten und müssen/jeder von uns hat eine gewisse Verantwortung für seine Klinik, eine wirtschaftliche Verantwortung für seine Klinik. Gemeinsam natürlich auch mit meinen Chefarztkollegen haben wir eine Verantwortung für diesen Standort, für dieses Klinikum. Und natürlich sind wir alle Teil des Konzerns und sind da auch, haben da auch die gewisse Verantwortung, das also auch. Ich befasse mich schon mit, direkt natürlich mit dem Ergebnis meiner Klinik, eben auch dem Ergebnis des Klinikums und habe natürlich wenig Einfluss, aber für mich relevant ist natürlich auch das Ergebnis des Konzerns.«

Interessanterweise nimmt Herr Gelmann zu der Frage nach der »Zusammenarbeit als Chefarzt für diese große Klinik mit der Krankenhausleitung« nicht explizit Stellung, sondern bezieht sich vor allem auf die veränderten Leitungsstrukturen innerhalb eines Konzerns. Er findet sich dort unterhalb seines »Dienstherr«, dem kaufmännischen Direktor des Regionalverbundes, wider. Dem Ärztlichen Direktor, Herrn Gondorf, wird in seinen Befugnissen qua Rolle eine nachrangige Bedeutung beigemessen. Ferner verlegt sich Herr Gelmann dann auf die jeweilige wirtschaftliche Verantwortung, die er in einem »Team von Chefärzten« der Reihenfolge nach in abnehmendem Maße für a) seine Klinik, b) seinen Standort und c) seinen Konzern trägt. Die Relevanzordnung, die er hier präsentiert, zeigt eine klare Einteilung der Verantwortungs- und Kompetenzbereiche, die Fragen nach der Zusammenarbeit beinahe schon obsolet erscheinen lässt, da der Fokus klar darauf gerichtet zu sein scheint, sich »direkt natürlich mit dem Ergebnis« der *eigenen* Klinik zu befassen, nicht zuletzt, weil der Einfluss mit steigenden Hierarchieebenen zwangsläufig geringer wird (»habe natürlich wenig Einfluss«).

»*Interviewer:* Wie darf man sich das organisatorisch vorstellen? Also haben Sie, also sicherlich Chefarztrunden, wo Sie sich, ja, wöchentlich oder/
Herr Gelmann: Also Chefarztrunden ist einmal im Monat, geht es jetzt weniger um wirtschaftliche Entscheidungen. Wir reden ja hier von wirtschaftlichen Problemen. Wirtschaftlichen Entscheidungen ist im Wesentlichen schon auf die Kliniken runtergebrochen. Also wenn in der Gynäkologie eine wirtschaftliche Entscheidung zu treffen ist, habe ich damit nichts zu tun. Und ich habe für meine Klinik eine gewisse Planung, da ist ein gewisses Budget vorgesehen. (…)
Interviewer: Und wo ist dann gewissermaßen das Forum, wo Ihre Abteilung/
Herr Gelmann: Die Krankenhausleitung, also mit dem Direktor des Klinikums.

Wenn ich jetzt, wenn es darum geht, dass ich, dass ich, dass/man setzt sich monatlich zusammen und guckt die wirtschaftliche Entwicklung an. Da ist ein Controllerin auch noch mit dabei und da guckt man da auch die Zahlen an und sieht, ob man ein praktisch das, was man sich vorgenommen hat, auch erreicht hat. Da kann man sich immer wieder trefflich drüber streiten über alle möglichen Details, weil es immer vorläufige Zahlen sind, die man da anguckt und dann gibt es hier praktisch dann auch bezüglich dann der Sachkosten eine Sachkostenrunde, wo man einfach schaut, wie viel haben wir denn ausgegeben für Medikamente, wie viel haben wir ausgegeben für andere Materialien oder wie sind die Personalkosten? Also die, ich habe ein Kostenbudget.«

Folgerichtig werden die Chefarztrunden als unwesentlich für wirtschaftliche Problemstellungen benannt, da diese »im Wesentlichen schon auf die Kliniken runtergebrochen« sind. Der Prozess der Regionalisierung trifft hier, so wird nun klar, auf eine Struktur, in der wirtschaftliche Fragen aus den *übergreifenden* Diskussions- und Repräsentationsforen herausgelöst sind und klinik- bzw. abteilungsspezifisch in der direkten Aushandlung der *individuellen Budgetverantwortung* zwischen Chefärzt*innen und kaufmännischer Leitung (sowie einer Controlling-Fachkraft) bestimmt wird. Die von Herrn Gondorf geforderte »gemeinsame Abrechnung« von Standorten bzw. dort tätigen Abteilungen des Regionalkrankenhauses trifft auf eine Relevanzordnung, in der »ein Team von Chefärzten« agiert, wo »jeder […] eine gewisse Verantwortung für seine Klinik, eine wirtschaftliche Verantwortung für seine Klinik hat« und demzufolge individuell vereinbarte Kostenbudgets und Leistungspläne gegenüber gemeinsamen Zielen priorisiert werden. Die These von der divisionalen Struktur der organisierten Krankenversorgung sowie dem »divide et impera« (Herr Peters) nimmt also weiter an Plausibilität zu. Nun stellt sich die Frage, wie Herr Gelmann die Zusammenarbeit mit den anderen Chefärzt*innen in wirtschaftlicher Hinsicht in Kontrast zu Herrn Peters und Herrn Gondorf einschätzt. Hierzu eine erste Passage:

»*Interviewer:* Gibt es zwischen den Chefärzten gewisse Foren, wo Sie sich zu diesen Behandlungskosten und zu diesen Projektionen austauschen? Also sind Sie da auch bestrebt, da Allianzen zu schmieden oder wie stellt sich das intern dar?
Herr Gelmann: Also wir haben uns schon paar mal einfach zusammengetan, wo wir einfach auch Forderungen, es muss jetzt nicht unbedingt Controlling betreffen, aber in anderen Dingen, wo man sich natürlich gemeinsam formiert oder sagt, okay, wir wollen hier, dass das und das entsteht und wir wollen, dass jetzt endlich die Nachbesetzung/« Oder wie auch immer, also man muss sich da ja zusammentun. Wir kriegen zum Beispiel oder haben wir auch, dadurch dass wir jetzt, wir sind in dieser Region [Himmelsrichtung] sind wir [Zahl] innere Kliniken. Also meine, dann ist noch hier noch im Gelände noch eine zweite und das [Name zweites Klinikum Regionalkrankenhaus], was auch zu uns gehört, sind es

auch [Zahl] (…). Und wir haben dann einfach gewünscht, dass, um das besser abzubilden, dass wir immer mal wieder Patienten einfach irgendwo hinschicken, damit sie dort besser versorgt sind, zum Beispiel geriatrische Patienten, die dann bei uns nicht sind natürlich. Zum, man gibt Erlöse ab, aber dafür bekommt eben die Region etwas höhere Erlöse für den Patienten, weil diese geriatrische Komplexpauschale dabei ist. Haben wir gefordert, dass wir gemeinsam auch mal berechnet werden irgendwann, ja.
Interviewer: Als Region [Himmelsrichtung]?
Herr Gelmann: Als innere Kliniken der Region [Himmelsrichtung] und, weil wir einfach, also es kann nicht sein, dass wir strampeln sollen, dass wir mehr machen, wenn es besser ist für [Name Krankenhauskonzern], wenn wir hier und da noch jemanden weggeben. Und solche Dinge, da muss man dann sich schon natürlich schon auch positionieren, weil viel Lob wird nicht verteilt. Also wenn was gut ist, ist es selbstverständlich, und wenn was schlecht ist, wird das kritisiert, ja. Also da ist weniger, dass wir uns da gegenseitig jetzt, also so groß helfen können. Verstehen Sie, wenn ich meine Sach/wenn ich zu viel ausgegeben habe an Medikamente, dann gehe ich nicht zum Nachbarn und hole bei dem mal ein paar Schachteln oder sowas. Funktioniert auch nicht. Aber das, so können wir uns nicht helfen gegenseitig, ja.
(…) letzten Endes kriegt jeder vorgerechnet, wo er eigentlich ist. DRG hat ja mittlere Verweildauern und Sequenzen, die da immer mit drin, Grenzverweildauern, wie sie alle so heißen. Das sind ja Zahlen, die pro DRG festgelegt sind, und da kann man Statistik damit treiben, dass man einfach, wo sitzt, wo ist man denn? Ist man im Durchschnitt, ist man schneller oder ist man, braucht man länger für den gleichen DRG? Und das ist ja dann der deutsche Durchschnitt zumindest von den Krankenhäusern, die das DRG-System definieren.«

Herr Gelmann greift die Frage des Interviewers, ob »zwischen den Chefärzten gewisse Foren wo Sie sich zu diesen Behandlungskosten und zu diesen Projektionen austauschen« bestehen, nicht direkt auf, sondern antwortet unmittelbar auf die anhängige Frage, ob er versuche »Allianzen zu schmieden«. Die gegebene Antwort zeugt davon, dass es vor allem um die differenzierte, anlassbezogene Wahl der Mittel geht, die Kooperationen im chefärztliche Kollegium ausmachen (»gemeinsam formiert«) und weniger um eine unverbrüchliche organische Verbindung oder das Surrogat formaler Verabredungen und Organisationsstrukturen (»gewisse Foren«, wie z.B. die Medical Boards).

Zunächst gilt Herrn Gelmann – wie Herrn Peters – Verbundenheit vor allem entlang medizinfachlicher Linien als bedeutsam, die er im Zuge der Regionalisierung vor dem gleichen Hintergrund diskutiert, wie es bereits weiter oben bei Herrn Gondorf zu lesen war. Sich verstärkende fachspezifische Allianzen fallen zusammen mit der Forderung, »gemeinsam auch mal berechnet [zu] werden

irgendwann«. Das schon bei Herrn Gondorf angesprochene betriebswirtschaftliche Kalkül erfährt hier nun eine vertiefte Darstellung, wonach infolge der DRG-Vergütungssystematik Leistungssteigerungen und Mehrerlöse durch die Steigerung der Fallschwere erreicht werden sollen – etwa multimorbide geriatrische »Fälle« mithilfe einer höher bewerteten geriatrischen Komplexbehandlung durch die fallbezogene Bündelung und Verzahnung unterschiedlicher Leistungs- bzw. Fachbereiche bedienen zu können. Die Vergütungslogik der DRG zeigt sich hier als *janusköpfig*: Einerseits eignet sie sich als divisionales Steuerungsinstrument einer zentralistischen Konzernführung, andererseits liegt sie aber auch quer zur nach innen gewendeten Silo-Struktur der dezentral organisierten Leistungsbereiche, den Kliniken. Die Reorganisation der Behandlungs- und damit Leistungsprozesse führt, wie bei Herrn Gondorf schon anklang und nun besser ersichtlich wird, zur Modifikation des tradierten Verhältnisses von *Kooperation und Konkurrenz* und den damit verbundenen Praktiken innerhalb des Krankenhauses. Als Folge dessen entstehen Begehrlichkeiten in Richtung des Controllings, die gleichsam durch das Controlling überhaupt erst sicht- und artikulierbar geworden sind.

Herr Gelmann verbindet mit der Reorganisation eine Verbesserung der medizinischen Behandlung, die durch die Weiterleitung im Rahmen des regionalen Standorts entsteht. Doch gleichzeitig schlägt diese Praxis aus seiner Binnensicht als Klinikleiter – analog zur Sicht von Herrn Gondorf und dem internistischen Kollegium – *ökonomisch negativ zu Buche* und trägt zur Verschärfung der eigenen wirtschaftlichen Situation bei (»man gibt Erlöse ab«). Überdies stellt sich der Konzern, wie hier ersichtlich wird, in der Konsequenz als *Einheit* der neuen Behandlungs- und Überleitungspraxis als alleiniger Nutznießer dar, da er höhere Einnahmen (Zuschlag von Komplexpauschalen) verzeichnet, während die bereits in Kapitel 6.1 ausgewiesene *Orientierung am Mangel* (»viel Lob wird nicht verteilt. Also wenn was gut ist, ist es selbstverständlich, und wenn was schlecht ist, wird das kritisiert«), hier bei Herrn Gelmann erneut zum Vorschein kommt und zur weiteren Intensivierung des Konflikts führt. Es klingt damit einerseits der negative Gegenhorizont der von Herrn Peters kritisierten individuellen Top-Down-Steuerung durch den Konzern (samt regionaler Geschäftsführung) an, der die praktische Erfahrung einer *kollektiv* verbindlichen ökonomischen Zielsetzung, gemeinsam »Wachstumszahlen« (Herr Peters) als Standort zu erreichen, unterminiert. Gleichzeitig gerät aber auch die Bereitschaft, eine gewisse *Indifferenz* gegenüber individuellen Leistungsunterschieden walten zu lassen und sich auf diese Weise solidarisch zu erklären, unter Druck.[22]

---

22 Herr Peters: »Wir hatten hier auch Jahre, wo wir uns verpflichtet haben, innerhalb des Klinikums bestimmte Wachstumszahlen gemeinsam zu erreichen, und haben dann auch immer geguckt, dass der eine vielleicht mal den einen oder dem anderen da unter die Arme greift,

Zu dieser Komplexität tritt ein Aspekt hinzu, der noch etwas tiefer liegt und auf dem praktischen Wissen ruht, dass professionelle Solidarität auch auf basaler Ebene nicht (mehr) funktioniert: »wenn ich zu viel ausgegeben habe an Medikamente, dann gehe ich nicht zum Nachbarn und hole bei dem mal ein paar Schachteln oder sowas«. Nur eine Rahmung des Problems auf der Ebene des Managements mit den dazugehörigen Werkzeugen der adäquaten *Rechenlegung* scheint hierfür in Frage zu kommen. So wird exemplarisch ein Engpass an Medikamenten nicht als situativer *Miss*stand, der kollegial behoben werden kann, gerahmt, sondern als fehlkalkulierter *Minder*bestand an Sachmitteln (z.B. Medikamenten) verstanden, dem der Chefarzt als Klinikleiter allein in Form neuer Budgetverhandlungen oder Sachmittelbestellungen Rechnung tragen kann. Praktische Solidarität unter Kolleg*innen wird unter den neuen Bedingungen demnach auf der *Interaktionsebene* weiter erschwert. In Relation hierzu hat sich auch die Form der Konkurrenz unter Ärzt*innen gewandelt. Ein wesentlicher Grund hierfür liegt, wie schon bei Herrn Gondorf weiter oben rekonstruiert wurde, in der Nutzung des DRG-Systems als Instrument zur Erzeugung von *ökonomischen Konkurrenzverhältnissen auf Grundlage von Leistungsvergleichen* zwischen Kliniken bzw. Abteilungen (»letzten Endes kriegt jeder vorgerechnet, wo er eigentlich ist. […] Ist man im Durchschnitt, ist man schneller oder ist man, braucht man länger für den gleichen DRG?«). Kliniken bzw. Abteilungen und insbesondere die für sie verantwortlichen Chefärzt*innen sind angehalten, sich im Rahmen des politökonomischen Nullsummenspiels[23] auf Grundlage von Zahlenkonstrukten *miteinander zu messen*, damit *voneinander abzugrenzen* und ihre eigenen Fallzahlen *zulasten* des Gesamterfolgs sowie der Konkurrenz aus den anderen Kliniken bzw. Abteilungen zu optimieren. Offen bleibt, worauf die vormals etablierten Verhältnisse zwischen Konkurrenz und Kooperation verweisen.

Aber zurück zur Vorstellung des Regionalstandortes als rechnerischer Ort für eine »gemeinsame Abrechnung«, die aus Sicht von Herrn Gondorf dem Problem der ökonomischen Konkurrenz eine ökonomische Kooperation zur Seite stellen und dadurch abfedern würde. Wie verhält sich Herr Gelmann hierzu?

»*Interviewer:* Aber das wäre ja dann schon, also sozusagen die Forderung, dass man die Abteilungen auf Region-[Himmelsrichtung]-Perspektive zieht, schon eine Sache, die dann auch, ja, also der gesamten/
Herr Gelmann: Wir haben schon so ein bisschen das Ziel gehabt, und das kam aus der Chefarztrunde, dass wir die Region auch als wichtige, die Stärkung der Region insgesamt als wichtiges Ziel haben. Nicht nur immer alle gegen alle anderen, sondern dass wir da auch ein gemeinsames Ziel haben.

---

und das hat eigentlich immer ganz gut geklappt. Mein Eindruck ist, dass das zur Zeit eher alles so ein bisschen, ja, wie gesagt, Top-Down läuft.«

23 Siehe zur Erläuterung die Ausführungen von Bode/Vogd (2016) sowie weiter oben unter 4.2.2.

> *Interviewer:* Also alle gegen alle meinen Sie, Klinik gegen Klinik oder Fachabteilung gegen Fachabteilung oder?
> *Herr Gelmann:* Nein, so, Sie können sich ja vorstellen, wenn der Orthopäde einen Patienten mit einem Knochenbruch versorgen kann und der Chirurg, beide haben sie freie Betten, dann können sie sich doch schlagen um den Patienten, oder? (4) Und dann ist die Frage, wer soll es denn machen? Und das ist in der inneren Medizin ist das ja auch oft so. Kann man immer, immer wieder kann man schöne gerade Grenzen ziehen, aber manchmal ist es ja dann schon/
> *Interviewer:* Gibt immer Grenzfälle.
> *Herr Gelmann:* Ja. Es ist wichtig, dass die Patienten gut versorgt werden und dass es allen gemeinsam gut geht.«

Herrn Gelman deutet mit der Benennung der Schwierigkeit, zwischen den Fachbereichen »schöne gerade Grenzen ziehen« zu können, sein praktisches Wissen an, dass Zuständigkeiten entlang fachlicher Grenzen zwar stets gezogen, in der Behandlungspraxis jedoch nicht strikt gewahrt werden können und auch nicht mussten, solange das ökonomische Überleben der Abteilungen *nicht grundsätzlich* zur Disposition stand. Die von Herrn Gelmann bejahte Proposition des Interviewers, dass es immer »Grenzfälle« gäbe, verweist auf das fundamentale Dilemma fachlicher Differenzierung, wonach Patient*innen mit gewissen Indikationen von mehr als nur einem Fach oder einer Klinik (weiter-)behandelt werden können und dies Fragen der Zuständigkeit nach sich zieht. Doch dies ist weniger problematisch, als der von *medizinischen* Aspekten losgelöste ökonomische Verteilungskonflikt zwischen Chefärzt*innen und deren Bedürfnis, alle Patient*innen, die man potenziell behandeln könnte, auch stets in die eigenen Betten leiten und damit abrechnen zu dürfen.[24]

In dieser widersprüchlichen Situation läuft Herr Gelmann die in Kapitel I (6.1) erläuterte *Verkehrung des Gewöhnlichen* an, wenn er die vermeintliche Trivialität festhält, wonach es wichtig ist, »dass die Patienten gut versorgt werden und dass es allen gemeinsam gut geht«. Zur Rehabilitation des Gewöhnlichen erwächst – tatsächlich innerhalb der »Chefarztrunde« – daraufhin der Wunsch, das Regionalkrankenhaus als »gemeinsames Ziel« *aller Chefärzt*innen* zu entwickeln. Doch hierüber schwebt das Damoklesschwert einer Top-Down Führungspraxis des Konzernmanagements, das mit seiner Anstachelung eines ökonomischen Wettbewerbs

---

24 Bleiben Betten unterhalb einer spezifischen Vorhaltungsquote über längere Zeit leer, besteht die Gefahr, dass diese Kapazitäten umgewidmet bzw. anderen Abteilungen zugebilligt oder von der Landesplanbehörde im Rahmen des Landeskrankenhausplans gestrichen werden. Neben einer höheren Durchlaufquote, die durch eine Verringerung der Verweildauer erreicht werden kann und soll, ist es also unbedingtes ökonomisches Ziel der Kliniken, die Bettenauslastungsquoten auf einem möglichst hohen Niveau zu stabilisieren.

(Herrn Gelmann: »immer alle gegen alle anderen«) den Wunsch nach der kooperativen Erreichung eines übergreifenden Ziels konterkariert. Dies erscheint vor allem deshalb so bedeutend, weil der *Maßstab des Erfolgs* von den Ärzt*innen als Angehörige einer Profession autonom, d.h. selbstbestimmt erzeugt und praktiziert werden will im Rahmen einer auskömmlichen »mimetischen Rivalität« (Girard 1997) im Kollegium. Die in dezentralen Silo-Kulturen sozialisierten Chefärzt*innen wissen implizit, dass eine fach- bzw. abteilungsspezifische Distinktion nichts Schlechtes sein muss, dass alle individuell nach professioneller Distinktion *und* Anerkennung streben, diese aber immer und nur *durch* andere Professionelle erteilt wird. Obwohl »schöne gerade Grenzen« in der Behandlungspraxis nicht gezogen werden können, wissen alle Chefärzt*innen, dass es im Rahmen einer gesunden Mimesis eine Triebfeder professionellen Handelns darstellt und Abteilungsegoismen bis zu einem kollektiv bemessenen Grad akzeptabel sind. Und doch ist das gemeinsame Wohl der Patient*innen, das konjunktive Handeln im Dienste der Medizin stets impliziert, vor allem dann, wenn das medizinische Notwendige bedeutet, die abteilungsspezifischen Grenzen (»Grenzfälle«) zu überschreiten, denn letztlich ist es »wichtig, dass die Patienten gut versorgt werden und dass es allen gemeinsam gut geht«.

Liegen der Erfolgsmaßstab und das Ziel des »mimetischen Begehrens« (ebd.) für den Professionellen jedoch außerhalb der selbst gesteckten Autonomiezone, sind sie Teil extern definierter Zahlenkonstrukte, die Rivalität und Kooperation rein ökonomisch ausbuchstabieren, lässt das Begehren nach und werden rivalisierende Kolleg*innen mehr und mehr zu *Anderen*, mit denen man weder wünscht zu konkurrieren, noch zu kooperieren, mit dem man sich schlicht und ergreifend nicht mehr auseinandersetzen möchte. Mit anderen Worten: Herr Gelmann und seine Kollegen, so lässt sich hier festhalten, melden zwar die Bereitschaft an, gemeinsam zum Wohle des gesamten Standortes auch ökonomisch zu kooperieren, doch zugleich ist ihnen implizit klar, dass der wirtschaftliche Erfolg der Zusammenarbeit *nicht* auf einer mimetischen Rivalität unter *ihresgleichen* beruht, sondern auf einem durch das Management des Konzerns forcierten *Verdrängungswettbewerbs* mittels DRG-Arithmetik, der die professionelle Identität noch weiter beschädigen dürfte. Genau hier projiziert sich der Wunsch einer Stärkung der Region als organisationaler *Einheit* auf die Wiedereinsetzung des Gewöhnlichen, nämlich, dass die »Patienten gut versorgt werden und dass es allen gemeinsam gut geht«. Gelingt Herrn Gelmann und seinen Fachkolleg*innen, wie bei Herrn Peters zu sehen war, dennoch ein Surrogat im Rahmen einer fachspezifischen Konjugation?

»*Interviewer:* Ich habe noch gelesen, dass Sie sich auch im Rahmen von [Name Krankenhauskonzern] über Medical Boards mit anderen Chefärzten austauschen?
Herr Gelmann: Ja.

> *Interviewer:* Ist das auch ein Forum, wo solche Dinge besprochen werden? Was spielt das für eine Rolle, dieses Medical Board?
> *Herr Gelmann:* Also es nimmt mir keine Verantwortung ab bezüglich der Leitung meiner Klinik. Medical Board kümmert sich um allgemeine Dinge, die alle betreffen. Wir diskutieren da zum Beispiel über Strategie, Zusammenarbeit mit dem herzchirurgischen Zentrum, wir reden da drüber über gemeinsame Fortbildung, die wir da mal machen, dann natürlich Einkauf von bestimmten Materialien, die ja zentral gemacht wird, wo man sich dann einfach diskutieren muss. (…) Also auf der Ebene gibt es dann einfach bestimmte Gesprächsrunden das Medical Board, aber im Endeffekt ist man dann teilweise auch Konkurrent in diesem Land [Bundesland]. Man ist schon nahe genug beieinander, dass man auch, dass man nicht komplett an einem Strang zieht.
> *Interviewer:* Also ist schon auch immer eine Frage von, was gebe ich preis und was/
> *Herr Gelmann:* Nein, das, ja, das, klar, das kommt mit dazu, aber man/verstehen Sie, wenn ich Controllingzahlen bekomme, dann bekomme ich die Controllingzahlen auch nicht in der gesamten Tiefe, aber in einer gewissen Tiefe, vom gesamten Konzern. Ich kann die, ich kann gucken, wie mein Konkurrent in Klinikum X gerade da steht. Sehe ich dann, das geplant oder im Vergleich zum Vorjahr. Kann ich nachgucken. Das machen wir aber nicht im Medical Board.
> *Interviewer:* Sondern das wird Ihnen eben von der Geschäftsführung zugespielt?
> *Herr Gelmann:* Das, die Daten kriege ich. Das sind einfach Tabellen, die ich kriege.«

Interessanterweise stellt sich das Medical Board bei Herrn Gelmann anders dar als noch bei Herrn Peters. Insbesondere die Frage des Austauschs von Controlling-Daten wird ab- und ausweichend beantwortet. Während Herr Peters offen preisgibt, dass im Kreise seines Medical Boards betriebswirtschaftliche Kennziffern ausgetauscht und zur gemeinsamen Reflexions- und Strategieentwicklung verwendet werden, gibt sich Herr Gelmann eher zugeknöpft auf die Frage hin, woher er seine »in einer gewissen Tiefe« aufbereiteten Controlling-Daten erhält: »Das, die Daten kriege ich. Das sind einfach Tabellen, die ich kriege«. Jedenfalls wird klar, dass diese *nicht* im Medical Board zirkulieren und zur gemeinsamen Arbeitsgrundlage gemacht werden, auch wenn es durchaus möglich ist, dass Herr Gelmann seine Daten von Mitgliedern des Medical Boards direkt bezieht. Wie er gleich zu Beginn bemerkt, entlastet das Medical Board ihn folglich auch nicht von seiner individuellen Klinikverantwortung, sondern fungiert aus seiner Sicht eher als Ort, wo man sich um »allgemeine Dinge« kümmert.

Überdies zeigt sich im Gegensatz zu Herrn Peters eine gewisse Skepsis gegenüber dem Board, wenn er von einer gewissen Konkurrenzsituation im Bundesland spricht, denn man sei schon »nahe genug beieinander« um »nicht komplett an

einem Strang« zu ziehen. Die Formulierung mutet zunächst paradox an: Die ohnehin gegebene fachliche Nähe des Boards gepaart mit einer räumlichen Nähe der Kliniken führt *nicht* zu konzertierten Aktionen, sondern vielmehr zu Konkurrenzverhältnissen mitsamt strategischer Kommunikation und Mikropolitik. Der Verteilungskampf in der Versorgungslandschaft, so lässt sich hier herauslesen, zeigt fachspezifische Unterschiede im Umgang mit dem konzernweiten Konkurrenzregime zwischen internistischen und chirurgischen Disziplinen auf. Gleichwohl besteht kein Zweifel darüber, dass innerhalb der regionalen Auseinandersetzungen alle Beteiligten zuvorderst als individuelle Rechensubjekte konstruiert und adressiert werden. Ärztliche Kooperation adressiert aus Sicht von Hern Gelmann oftmals nur noch »allgemeine Dinge«, »wo man sich dann einfach diskutieren muss«.

Wie wird die numerische Konkurrenz nun intern auf Ebene der Chefärzt*innen organisiert und mit welchen Folgen? Eine letzte Sequenz von Herrn Gelmann hierzu:

> »Das ist jetzt nicht meine Entscheidung, das ist auch nicht Entscheidung von hier auf lokaler Ebene dieser Region [Himmelsrichtung], sondern eigentlich von [Name Klinikkonzern], dass man eigentlich wieder in die Bereiche rein geht der ärztlichen Versorgung und macht gemeinsam mit diesen Kodierkräften einfach so ein, 2 Mal in der Woche eine Besprechung, wo man Fälle durchgeht und einfach sagt, was war, Fall, also praktisch DRG-Fallbesprechung. Und bekommt dann vielleicht einfach auch noch Informationen, wie vielleicht das verbessert werden kann, ja. Oder eben auch, dass man Verweildauern im Auge behält. Da ist man für eine Erkrankung, wo es, wo man maximal eigentlich für eine Woche bezahlt wird, dass man sie nicht 14 Tage da lassen darf. Das diktiert uns doch das DRG-System dann und das muss man natürlich auch wissen. Also so sind zum Beispiel Dia/Patienten mit Diabetes, ja, die, ab einer Woche ist nichts mehr an denen verdient, auch wenn man noch so tolle Sachen macht. Man kriegt dann keinen, nichts mehr. Und das ist ein zynisches System und das, dem kann man ja auch nur mit einem gewissen Zynismus entgegnen, sonst geht man unter. Das ist leider so.«

Der praktische Austausch über Controlling-Daten vollzieht sich bei Herrn Gelmann insbesondere bei der regelmäßig stattfindenden, vom Konzern eingesetzten »DRG-Fallbesprechung« zwischen ihm und den Kodierkräften, wo er Informationen zur Optimierung der *eigenen* Fallabrechnungen einholt. Das als Beispiel genannte Mikromanagement der Verweildauern, die die zeitlichen (nicht: die fachlichen) Grenzen der Behandlung und damit der Erlösgenerierung definieren, wird als »zynisches System« gebrandmarkt, dem er »ja auch nur mit einem gewissen Zynismus entgegnen« kann, wie er klagend feststellt. Standortverbundenheit und organische Solidarität unter Professionellen schlagen in Wachsamkeit gegenüber Opportunitäten und Risiken mit Blick auf die eigene *Optimierung der Erlöse* um. Die

Kolleg*innen dienen in dieser Praxis nur als Vergleichshorizonte der eigenen Leistungsschau. Als Menge weisen sie dem einzelnen Chefarzt seinen Platz im Gefüge der Leistungsdifferenziale zu, welches Kooperation nur dann nötig macht, wenn es einen *rationale*n *Zwang* entlang der Leitlinien von Kostenoptimierung und Standortpolitik des Konzerns (zentraler Einkauf; Kooperation mit anderen Zentren, gemeinsame Fortbildungen) gibt. Das ist die zynische Anpassungsleistung, die hier präsentiert wird.

Doch dahinter blitzt die implizite Kränkung auf, dass das Ziel des Professionellen, das Objekt, worauf sich sein rivalisierendes Begehren richtet, beschnitten wird: etwa bei »Patienten mit Diabetes, ja, die, ab einer Woche ist nichts mehr an denen verdient, auch wenn man noch so tolle Sachen macht«. Dabei ist das Problem nicht, dass an diesen Fällen nach einer Behandlungswoche nichts mehr verdient werden kann, sondern vor allem, dass *ärztliche Kunstgriffe* ab einem im DRG-System definierten Punkt, also *professionsextern*, für das Krankenhaus *keinen Unterschied mehr* machen, sie wertlos werden oder gar ökonomische Defizite produzieren. Professionelle Expertise gerät hier an Grenzen, die ihre Hüter selbst nicht erlassen haben und unter professionellen Gesichtspunkten auch nicht zulassen würden, denn jede weitere, professionell abgewogene, Behandlung birgt, so wird hier impliziert klar, die Chance einer weiteren Krankheitslinderung und somit auch die Chance zur professionellen Distinktion im Konzert der um Anerkennung und Behandlungserfolg rivalisierenden Kollegenschaft.

Zusammenfassung: »double bind« – Die Widersprüchlichkeit von numerischer Konkurrenz und professioneller Kollegialität Die voranstehenden Ausführungen haben einen für das Krankenhauswesen typischen Reorganisationsprozess zum Gegenstand gehabt, die im Rahmen eines Klinikkonzerns davon handeln, welche Rolle das DRG-System und die durch es erzeugten Leistungsvergleiche für die Organisationsentwicklung zweier Standorte spielen, die zu einem »Regionalkrankenhaus« zusammengefasst wurden. Als neue symbolische *Einheit* soll das Haus die bislang getrennt aufgesetzten operativen Kapazitäten und medizinischen Behandlungsabläufe zusammenführen und neue Kooperationsformen zwischen den bislang getrennt arbeitenden Fachbereichen entstehen lassen. Die in Teilen erfolgreich vollzogene Kooperation (in Form der Überleitung von Patient*innen zwischen beiden Standorten bzw. Abteilungen der internistischen Abteilungen) wird vor dem Hintergrund der von den Chefärzt*innen erbetenen Konstruktion einer gemeinsamen, inklusiven *Rechenentität* (»gemeinsame Abrechnung«) und damit numerischen *Repräsentation* der neu entstandenen *Leistungsgemeinschaft* jedoch in Frage gestellt, da dieser Forderung bislang vom Konzern- wie Regionalmanagement nicht entsprochen wurde. Der unvollendete, konfliktreiche Reformprozess beruht, so konnten die Rekonstruktionen der Chefärzte zeigen, auf einem »double bind« (Bateson 1985), einer widersprüchlichen (»schizophrenen«) Konstellation, in

der sich die Ärzte wiederfinden und welche unmittelbar mit dem Wesen der DRG, deren Leistungsvergleiche und der Art und Weise ihrer Verwendung durch das Konzernmanagement und die Chefärzt*innen zusammenhängt.

Zum einen konnte gezeigt werden, dass die Leistungsvergleiche der DRG seit ihrer Einführung einen wesentlichen Beitrag zur Etablierung *ökonomischer* Konkurrenzverhältnisse zwischen Chefärzt*innen und ihren Abteilungen geleistet haben. Chefärzt*innen sind – wie auch schon in Kapitel 6.1 rekonstruiert wurde – im Rahmen von Leistungsvereinbarungen und angesichts des anhaltenden wirtschaftlichen Drucks angehalten, ihre eigenen Behandlungszahlen und Erlöse kontinuierlich und *in Konkurrenz zum ärztlichen Kollegium und deren Abteilungen* zu steigern. Andererseits sind sie im Rahmen der Regionalisierung aufgefordert, Fälle und damit Erlöse an nun als »intern« zu betrachtende Abteilungen der jeweils anderen Regionalklinik abzugeben, um zur Steigerung Wohls der Patient*innen und des ökonomischen Ergebnisses des Standortes, respektive des Konzernergebnisses, beizutragen. Problematisch ist dabei die fehlende Reziprozität in dem Sinne, dass die ökonomischen Zugeständnisse durch die abgebenden Abteilungen nicht zu Zugeständnissen seitens der Geschäftsführung führen, sondern geradewegs zur Vertiefung der ökonomischen Anforderungen. Die komplexe Situation lehrt, dass ärztliche Kooperation zum Wohle der Behandlungsqualität und ökonomischer Komplexpauschalen, sowie eine loyale Haltung gegenüber dem Standort, respektive Konzern, nicht durch ein Entgegenkommen bei der individuellen ökonomischen Zielerreichung aufgewogen werden. Während der Konzern als Ganzes durch die Weiterleitung höhere Erlöse generiert, wirkt sich dies negativ auf die individuelle Fallzahlentwicklung der Abteilungen aus, womit ein steigender Druck trotz Wachstum einhergeht (Herr Gelmann: »es kann nicht sein, dass wir strampeln sollen, dass wir mehr machen, wenn es besser ist für [Name Krankenhauskonzern], wenn wir hier und da noch jemanden weggeben«).

Abhilfe schaffen soll nach dem Wunsch der Ärzte (Herr Gondorf, Herr Gelmann) die Einrichtung fachspezifisch-kollektiver Rechenentitäten, die der numerischen *Konkurrenz* eine numerische *Kooperation* zwischen Ärzt*innen der gleichen Fachrichtung vermittels DRG zur Seite stellen. Doch selbst wenn dieser Forderung von Seiten der Geschäftsführung entsprochen würde, bliebe der Erfolg äußerst fragwürdig. Dies konnte am Beispiel von Herrn Gondorf stellvertretend für seine internistischen Kollegen rekonstruiert werden. Die geteilte Praxis der Internisten, akute Probleme der organisierten Krankenbehandlung gegenüber ökonomischen Erwägungen zu priorisieren, entwirft ein professionelles Wir, das sich trotz erschwerter Rahmenbedingungen eine praktische Indifferenz gegenüber ökonomischen Faktoren leistet. Diese führt allerdings zu habituellen Spannungen, da die Indifferenz ein (ökonomischer) »Fehler« und ein (professioneller) »Vorteil« zugleich ist (»weil wir einfach so immer arbeiten, ohne zu gucken, wie sich das dann am Ende rechnet für uns«). Die Anmahnung der zugesicherten Kollektivabrechnung

in Richtung Geschäftsführung geht bei Herrn Gondorf und seinen internistischen Kolleg*innen Hand in Hand mit der distanzierten, ironischen Selbstermahnung, die numerische Kooperation anzunehmen und sich so als fachspezifisches Kollektiv auch ökonomisch zu belohnen.

Es wird an diesem Fall offenbar, dass die geäußerte Bereitschaft der Ärzte, zum Wohle des wirtschaftlichen Erfolgs des ganzen Standortes auf Grundlage numerischer Rechenentitäten zu kooperieren, tatsächlich einige Ambivalenz in sich trägt, da dies einen Wechsel des *Maßstabs* impliziert, der für die angestellten Analysen entscheidend ist: Die Bereitschaft in die Tat umzusetzen, würde bedeuten, von einem professionellen auf ein numerisches Kontinuum zwischen Konkurrenz und Kooperation zu wechseln. Mithilfe einer gemeinsamen numerischen *Repräsentation* soll eine neue professionelle *Kollegialität* eingeübt werden, die doch eigentlich, so wurde implizit klar, auf dem Wir einer *nicht-repräsentierbaren, organischen, implizit geteilten* Praxis unter Professionellen fußt. Diese professionelle Praxis bringt das Kontinuum zwischen Konkurrenz und Kooperation *selbst* hervor und reproduziert es in praktischen Auseinandersetzungen zwischen Fachbereichen und/oder Abteilungen.[25] Der in der Krankenhauskonferenz unter allen Chefärzt*innen entwickelte Wunsch, die Regionalisierung als neue symbolische Einheit ein- und dem ›Spartenkannibalismus‹ (Schrappe 2007: 143) hierdurch etwas entgegenzusetzen, zeugt vom geteilten Wissen, dass hier etwas aus dem Ruder läuft (»Nicht nur immer alle gegen alle anderen, sondern dass wir da auch ein gemeinsames Ziel haben«).

Dieser Spur wurde am Beispiel des unterschiedlichen Umgangs mit fachspezifischen Gremien (den sog. »Medical Boards«) weiter nachgegangen. Es konnte dort gezeigt werden, dass für die ausbleibende numerische Kooperation nicht nur Managementstrategien der Geschäftsführung (Herr Gondorf: »Hinhaltegeschichte« sowie Herr Peters: »divide et impera«) verantwortlich sind, sondern auch der

25 Ein gegenteiliges Beispiel kolportiert Herr Schlenk, der mit seinem Kollegen Herrn Falter im Rahmen eines »Bauchzentrums« eine gemeinsame Station betreibt: »Also ich habe vor ungefähr, oh, das ist ja zehn Jahre her, habe ich angeregt, dass wir mit den Chirurgen zusammen eine Station führen, dass wir die gemeinsam belegen, und das haben wir dann auch gemacht. Das ist jetzt, unsere Stationen sind sowieso nicht streng fachbezogen. […] Und das heißt einfach, es sind dort Teams, sowohl internistischer als auch chirurgischer auf dieser Station und Patienten auch. Und der Vorteil ist halt, es ist schneller, dass man sagt, schau mal rasch mit auf den Bauch, wir gucken uns den Patienten mal zusammen an, ja. Und es geht einfach schneller, als wenn Sie auf einer anderen Station sind und dann konsil bestellen müssen und so weiter. Also es ist einfach eine Verbesserung der kollegialen Zusammenarbeit, davon profitiert der Patient, und wenn jetzt ein Patient zwischen den Abteilungen hin und her geschoben wird, zur Operation, oder weil er nicht operiert werden muss oder so, dann bleibt er halt in seinem Bett liegen und wird nicht verlegt. Das ist schon Patientenvorteil. Da kennen sie eine Bezugsperson, seine Pflegeperson und so weiter. […] Und die Effizienz steigt dadurch auch.« Unklar blieb an dieser Stelle leider, wie die Kooperation rechnerisch gehandhabt wird.

spezifische ärztliche Habitus, der auf eine traditionell in Form von Silos organisierten Krankenbehandlung aufbaut und der daran gewöhnt ist, Abteilungen bzw. Kliniken mit großen Machtbefugnissen dezentral zu leiten (die oben schon zitierten »Königreiche«). Die Silo-Struktur hat Konkurrenzverhältnisse in Form einer gelebten *mimetischen Rivalität* zwischen Chefärzt*innen, ihren Abteilungen und Fachbereichen geprägt, die jedoch Kooperation zum Wohle der Patient*innen und dem gemeinsamen Dienst an der Medizin nicht ausschließen. So ließ Herr Gelmann stellvertretend mit Bezug auf die *professionelle* Zusammenarbeit im Medical Board wissen: »im Endeffekt ist man dann teilweise auch Konkurrent in diesem Land [Bundesland]. Man ist schon nahe genug beieinander, dass man auch, dass man nicht komplett an einem Strang zieht«). Die gedämpfte Kooperation im Gremium vor dem Hintergrund einer mimetischen Rivalität zwischen Angehörigen des gleichen Fachs bildet das typische *professionelle* Kontinuum von Konkurrenz und Kooperation ab.

Ausgehend von der Frage, welche Rolle Controlling-Daten und Leistungsvergleiche in den Fachgremien spielen, stand dann aber insbesondere das *numerische* Kontinuum von Konkurrenz und Kooperation im Fokus der Rekonstruktionen. Hier zeigten sich fachspezifische Unterschiede: Während bei Herrn Gondorf, dem Internisten (Gastroenterologie/Infektiologie) und seinem Fachkollegium eine ironisch bis zynisch konnotierte Indifferenz (trotz angemahnter »gemeinsamer Abrechnung«) gegenüber ökonomischen Kooperationsformen vorherrscht, zeigte sich im Fall des Internisten (Kardiologie) Gelmann eine anders gelagerte Ambivalenz in Bezug auf die Nutzung von Controlling-Daten zum Zwecke der ärztlichen Kooperation. Herr Gelmann und seine Fachkolleg*innen haben ebenfalls gefordert, »gemeinsam auch mal berechnet [zu] werden irgendwann«, und doch zeigte sich, dass Zahlen bei Herr Gelmann vor allem einer numerischen Konkurrenzorientierung Vorschub leisten. Er weist sich zugleich als zynischer wie affiner Nutzer numerischer Leistungsdaten und somit als strategisch versierter Managementakteur in *eigener* Sache aus, während sich im Fachgremium kein numerisches Wir, keine Kooperation auf Grundlage von Zahlen herausgebildet hat. Die Handhabe der »Tabellen«, die im von anonymer Seite zugespielt werden (»Das sind einfach Tabellen, die ich kriege«) dienen allein zur Sondierung seines *eigenen* Konkurrenzumfeldes, das er überhaupt erst durch die Controlling-Daten ermessen kann. Controlling-Ziffern erscheinen in seinen Händen also in erster Linie als mikropolitische Ressource, als Mittel für den einsamen Kampf mit dem »Dienstherr«, dem kaufmännischen Geschäftsführer, und den anderen Internist*innen in der Versorgungsregion. Dahinter steht der ultimative Wunsch, die »Verkehrung des Gewöhnlichen« (Kapitel 6.1) rückgängig zu machen: »Es ist wichtig, dass die Patienten gut versorgt werden und dass es allen gemeinsam gut geht.«

Für Herrn Peters und sein unfallchirurgisches Kollegium konnte eine davon abweichende Praxis rekonstruiert werden: hier erscheinen Zahlen durchaus mit

einem *deliberativen* Charakter versehen. Im Sinne einer kollektiven Infragestellung der vom Konzernmanagement gesetzten Zielvorgaben, entwickelt sich im Fachgremium eine numerische Kooperation vermittels Controlling-Kennziffern als Praxis des *Zahlentauschs*. Die numerischen Vorgaben, die die professionelle Praxis der Ärzteschaft individuell steuern und kontrollieren sollen, zirkulieren nun ihrerseits unter Mediziner*innen des gleichen Fachs und werden zur Konstruktion von Gegenhorizonten genutzt, die es erlauben, die Vorgaben der Geschäftsführung differenzierter zu betrachten und in der Zusammenschau als *mehr oder weniger* »utopisch« zu bewerten. Die rechnerischen Grundlagen der Arithmetik können nicht geklärt oder gar angegriffen werden (Ärzt*innen sind keine Betriebswirte bzw. Controller[26]), wohl aber versetzen sich die Chefärzt*innen um Herrn Peters in die Lage, die ökonomischen Vorgaben *als Professionelle gemeinsam und selbstbestimmt* zu prüfen und ggf. als verkleidete Machtansprüche der Regional- bzw. Konzernleitung zu entlarven.

Der Preis dieser spezifischen *numerischen Kollegialität ohne* »gemeinsame Abrechnung« ist es allerdings, sich dafür aber umso mehr auf die fachfremde Logik betriebswirtschaftlicher Kennziffern einlassen zu müssen und letztlich doch einer *zentral* agierenden, »Verschiebebahnhof« spielenden Geschäftsführung (Regional- als auch Konzernleitung) ausgeliefert zu sein, die dezentrale Leistungsbereiche als individuelle Recheneinheiten bearbeitet und auf Grundlage von Leistungsdifferenzen (vermittels DRG-Vergleichen) versucht, die jeweiligen Abteilungsegoismen bzw. Sparten gegeneinander auszuspielen. Dabei läuft die zentrale »Planungsbehörde« (Herr Gelmann) in Form des Krankenhauskonzerns jedoch Gefahr, den Bogen mit seiner Top-Down-Strategie zu überspannen, die zynische Haltungen, Frustration, Demotivation und inneren Kündigungen innerhalb der Ärzteschaft fördert. Umgekehrt läge – wie bei Herrn Peters gesehen – in der Rückkehr zu einer bottom-up Praxis, mit der wirtschaftliche Ziele zwischen Fachbereichen gemeinsam mit der Geschäftsführung bestimmt und solidarisch erzielt (»unter die Arme greifen«) werden, eine Chance, die widerstreitenden Logiken besser auszutarieren.

6.3 Verantwortung und Aktivierung

Nach diesem Einblick in die Probleme kollektiver Rechenentitäten und virtueller Kollegialität innerhalb der Krankenhausmauern gilt es nun, den individuellen Anforderungen an Chefärzt*innen und deren Kolleg*innen außerhalb der Krankenhäuser weiter auf den Grund zu gehen. Es wird danach gefragt, welche Bewäh-

26 Auch wenn Herr Peters (und viele andere Chefärzte in Sample z.B. auch Herr Hocke) Managementfortbildungen oder andere ökonomische Zusatzqualifikationen vorweisen können.

rungen das im ersten Kapitel dargestellte funktionale Bezugsproblem für Chefärzt*innen im Austausch mit der Umwelt der Organisation Krankenhaus noch bereithält. Es soll im Folgenden um die Fähigkeit der Ärzt*innen gehen, ein Handlungskontinuum zwischen betriebswirtschaftlichen Kalkulationen und professioneller Autonomie hervorzubringen. Den Auftakt bildet ein typischer Fall, der sich in dem kleinstädtischen Krankenhaus »Verolina« abspielt, das nach einer wirtschaftlichen Schieflage von einem privaten Krankenhauskonzern übernommen wurde, und Herrn Blumenthal, dem schon vor der Übernahme dort tätigen Chefarzt für Gynäkologie und Geburtshilfe und Ärztlichen Direktor.

Die große Infragestellung

»*Interviewer:* Also, was mich zunächst interessieren würde, ist was eigentlich Ihr Aufgabenbereich ist in dem Krankenhaus und Ihre Funktion und Rolle, wenn Sie das kurz erläutern könnten.
Herr Blumenthal: (.) Ja, eigentlich angefangen habe ich als Chefarzt [Jahr] für die Gynäkologie und Geburtshilfe. Das Krankenhaus ist ja ein Haus der Grund- und Regelversorgung und zur damaligen Zeit war es noch in der Trägerschaft einer katholischen Stiftung. Also, es gehörte einer Gemeinde, die hat das getragen. (…) Ja, und das Krankenhaus, als ich dann angefangen habe, wurde dann eben/ja, kam in finanzielle Schwierigkeiten. (…) irgendwann war man dann mal in der Situation der Insolvenz und oder fast Insolvenz, beinahe Insolvenz und da wurde dann das/die Stiftung hat sich dann vom Krankenhaus getrennt. Und hat sie eben an einen privaten Träger nämlich die [Name Krankenhausträger] verkauft und jetzt sind wir seit [Zahl], [Zahl], also letztes Jahr, praktisch April [Name Krankenhausträger] geworden. In meiner Funktion als Chefarzt der Abteilung mit der ich angetreten war, wurde dann im Jahr [Zahl] beginnend die Aufgabe an mich herangetreten auch Ärztlicher Direktor zu sein, das ist praktisch noch mal, ja, man kann eigentlich nicht sagen eine Höherstellung. Ich bin also den anderen Chefärzten auch als Ärztlicher Direktor in dem Sinne nicht weisungsbefugt. (…) Im Grunde genommen gibt es ja viele administrative Dinge, die in einem Krankenhaus zu machen sind. (…) Es ist einfach nur eine Funktionsaufgabe für diesen Bereich. Und darüber hinaus hat natürlich Funktion Ärztlicher Direktor auch noch die Bedeutung des Corporate Citizen, also, dass/das/das Gesichts eines Krankenhauses, insbesondere wenn/wenn es ein kleines Krankenhaus ist in so einer ländlichen Struktur wie hier in [Name Stadt]. Da hat man natürlich die Situation, dass man da schnell dann auch identifiziert wird, wenn man länger da ist, kennt man/oder ist man bekannt, man steht mal in der Zeitung oder man hat irgendwen operiert. Also, die Leute kennen einen, man hat Kinder auf die Welt gebracht usw. Und diese/das ist mit eine Rolle, die man dann für den Bereich auch hat. (…) Und jetzt unter [Name Krankenhausträger] hat sich, sage ich

mal, die/die Tätigkeit noch mal vom Profil als Ärztlicher Direktor auch geändert oder es ist noch on top draufgekommen, Strategieentwicklung. (…) Da ist man natürlich auch, sage ich mal, in grade, wenn man übernommen wurde, in einer Zwitterstellung, wo man natürlich einerseits auch, (Lachen) ja, rein theoretisch vorher Teil des Problems gewesen ist. (Lachen) Ja? Und nun soll man es natürlich auch nach vorne bringen. Also, das ist auch für einen selbst dann unter Umständen gerade in so einer Übernahmephase auch noch mal eine Herausforderung, was den Stil und die Sicht auf die Medizin und überhaupt anlangt.«

Herr Blumenthal wird nach seinem Aufgabenbereich gefragt und kommt – nach der knappen Beantwortung dieser Frage – zur jüngst erfolgten Privatisierung seines Krankenhauses, für das er zum Zeitpunkt der Interviewführung schon über sieben Jahre als Chefarzt tätig ist. Das Haus wurde einst von einer katholischen Stiftung getragen und hat nun infolge einer »Insolvenz und oder fast Insolvenz« den Träger gewechselt. Im Zuge dessen ist ihm neben seiner Chefarztrolle auch die Funktion des Ärztlichen Direktors zugewachsen, die unter dem neuen Träger vermehrt mit »Strategieentwicklung« verbunden ist und ihn in Form des »Corporate Citizen« auch als Aushängeschild des Krankenhauses in der unmittelbaren Sozialräumlichkeit der »ländlichen Struktur« stärker fordert. Aus der Übernahmesituation heraus wähnt sich Herr Blumenthal in einer »Zwitterstellung«, da er sich als Teilverursacher der wirtschaftlichen Misere mitverantwortlich sieht und zugleich nun das Krankenhaus strategisch wie operativ »nach vorne bringen« soll. Hieraus ergibt sich für ihn die besondere »Herausforderung«, seinen »Stil und die Sicht auf die Medizin« zu hinterfragen. Die Erfahrung des wirtschaftlichen Scheiterns, so viel lässt sich anhand der kurzen Sequenz bereits sagen, ist nicht spurlos an ihm vorübergegangen und hat ihn zum Nachdenken über die künftige Ausgestaltung seiner professionellen Tätigkeit gebracht.

»*Interviewer:* Können Sie das an ein paar Beispielen vielleicht erläutern?
Herr Blumenthal: (…) Na ja, ich habe oder das, sage ich mal, hängt sicherlich auch am ein bisschen am Alter, ich bin jetzt/ich habe 85 also praktisch vor ja fast 30 Jahren angefangen zu arbeiten. Da habe ich meine Ausbildung begonnen und das war eine Zeit, als man sich um kaufmännische Dinge im Krankenhaus überhaupt nicht gekümmert hat. Da konnte man Medizin machen, konnte arbeiten. Und es wurde im Prinzip über den tagesgleichen Pflegesatz alles bezahlt, was erforderlich war. Ob man da effizient war, ob man faul war, ob man langsam war, ob man schnell war, ob man gut war oder ob man schlecht war, es ist im Prinzip alles bezahlt worden. Und im Laufe der Entwicklung hat man natürlich gesehen, dass da erhebliche qualit/Qualitätsunterschiede in den Krankenhäusern bestehen. Und auch Leistungsunterschiede und natürlich sagen dann die Krankenversicherungen oder die die Kostenträger, wir wollen natürlich nicht alles unterstützen, sondern wir wollen die Besten und damit ist ein Konkurrenzdruck

> entstanden. Damit ist/sind Kosten oder waren Kosteneinsparungen verbunden, weil man es über einen DRG über einen einheitlichen Punktwert für medizinische Leistungen bezahlt wurde. Und das führte natürlich dazu, dass der Konkurrenzdruck immer größer wurde, mit dem Ergebnis, dass man natürlich im Laufe der Zeit immer mehr auf die Kosten gucken musste.«

Die Beantwortung der Frage nach Beispielen für die Herausforderung der eigenen Professionalität ergeht sich nicht in Einzelfallbetrachtungen, sondern entwickelt eine umfassende generationelle Verortung. Die Einführung einer zeitlichen Entwicklungsperspektive bringt seine berufliche Sozialisation, seine Haltung als Mediziner retrospektiv infolge einer knapp 30 Jahre andauernden ärztlichen Tätigkeit zum Ausdruck. Der Rückblick zeugt in der Zusammenschau von einer gewissen professionellen Läuterung. Zunächst wirkt der Blick milde und etwas wehmütig, hervorgerufen durch eine geradezu *unbeschwerte, ideale* Zeit: »Da konnte man Medizin machen, konnte arbeiten«. Ideal, da Medizin und der das medizinische Wissen anwendende Arzt als Funktionsträger (Parsons 1991 [1951]) in einem reinen Feld verortet scheinen, ungestört und sich stets aus einer selbst definierten Logik (zur Medizin als »dritte Logik« vgl. Freidson 2001, siehe weiter oben 4.1.2) und kollektiven Selbstkontrolle heraus zur Geltung bringend. Gezeichnet wird hier ein Bild von Medizin als klassischer Domäne von Expert*innen, die gesamtgesellschaftlich akzeptiert und politisch legitimiert mit einer besonderen Autonomie ausgestattet ihrer Arbeit nachgehen. Alle Mittel, die zur Erfüllung dieser Tätigkeit als notwendig erachtet werden, sind vorhanden.

Der Bruch mit dieser zügellosen Welt kündigt sich in seiner Erzählung über die Feststellung von Qualitäts- und Leistungsunterschieden an, die seitens der Kostenträger zur Forderung nach einer kosteneffiziente(re)n Medizin führte. Denn der Arzt konnte, wie Herr Blumenthal selbstkritisch anmerkt, weitestgehend unbehelligt von Fragen der Effizienz, Qualität und Motivation (»ob man faul war«), arbeiten: »es ist im Prinzip alles bezahlt worden«. Verbunden mit der *Sichtbarmachung* (siehe auch 6.1) der daraus erwachsenen Unterschiede in der medizinischen Leistungserstellung durch pauschalierte Vergütungen innerhalb des DRG-Systems (»einheitlicher Punktwert«), kündigt sich ein Akzeptanzwandel der professionellen Autonomie der Ärzteschaft an, den Herr Blumenthal letztlich in einem unmittelbar ansteigenden Konkurrenzdruck in Form eines Kostenwettbewerbs zwischen Krankenhäusern und dort angestellten Ärzt*innen registriert.[27]

---

27 Siehe weiter oben (4.2.2) die Ausführungen zur politischen Diskussion einer »medizinischen Leistungssteuerung« (Simon 1997), die in den 1980er Jahren einsetzte. Inwieweit das Aufkommen der Gesundheitswissenschaften mit ihren vergleichenden Qualitäts- und Leistungsanalysen sowie Verfahren der evidenzbasierten Medizin eine Rolle in den Darstellungen von Herrn Blumenthal spielen, kann nur erahnt, aber nicht erschlossen werden, da ledig-

»*Herr Blumenthal:* Also, dieses frühere Gefühl auch, wir machen das, was wir für gut halten und gut/oder glauben gut zu machen, das machen wir und alles andere da kümmern wir uns nicht drum. Das ist immer weiter zurückgedrängt worden. Es ist abgelöst worden von der Frage, die an einen herangetragen wird, ist es denn wirklich gut, was ihr gemacht habt? Ja? Und geht es nicht auch besser? Und es/Man wird als Arzt auch immer mehr in den Vergleich mit anderen Ärzten gestellt. Also, man kommt immer mehr in eine/in einen Wettbewerb. Man kommt also praktisch in eine, ja, eine Situation, wo man sich häufig für das rechtfertigen muss und man kann sich rechtfertigen, wenn das, was man tut medizinisch sinnvoll ist oder ökonomisch sinnvoll ist, aber wenn man es nicht kann, dann hat man ein Problem.«

Der Ruf nach mehr Kosteneffizienz entpuppt sich für Herrn Blumenthal dann aber zunächst und zuvorderst – wie sich oben schon angedeutet hatte – als *große Infragestellung* des kollektiven ärztlichen Selbstverständnisses, das auf dem »Gefühl« beruhte, nur das zu tun, was man für richtig hielt, *weil* man es gut konnte. Was zunächst vielleicht trivial klingen mag, nimmt bei genauerem Hinsehen erdrutschartige Züge an. Aus einem Kosteneffizienzgebot erhebt sich eine kritische Bestandsaufnahme der ärztlichen Einstellungen, Fähig- und Fertigkeiten *insgesamt*. Es entsteht der Eindruck einer immer weiter in die Defensive geratenden Berufsgruppe (»immer weiter zurückgedrängt worden«), dessen kollektive Selbstgewissheit durch einen Fragekomplex, der sich als *Möglichkeit* einer anderen Realität darstellt, brüchig wird: »ist es denn wirklich gut, was ihr gemacht habt? Und geht es nicht auch besser?« Die in eine fragile Selbstbehauptung transformierte Selbstgewissheit, wie sie schon Kapitel 6.1 herausgearbeitet wurde, kommt hier erneut zum Vorschein. Die vergleichenden Messungen des fallpauschalierten DRG-Systems tauchen als Frage nach Optimierungspotenzialen auf, die über die bloße Bestreitung eines kollektiven Gefühls weit hinausgeht und Ärzt*innen in eine neue Konkurrenzsituation zueinander bringt.

Es handelt sich sowohl rückwirkend als auch in der Antizipation um eine Neuvermessung der ärztlichen Praxis. Dabei ist entscheidend, das kollektive Selbstüberzeugen nicht nur auf hypothetische Weise in Frage gestellt werden, der kritische Impetus wird vielmehr in ein konkretes Arrangement überführt und mit sozialen Praktiken versehen: Ärzt*innen werden auf individueller Basis vermittels DRG-Arithmetik in ihrem Tun bewertet und zugleich mit Hilfe derselben Instrumente vergleichend zueinander in Beziehung gesetzt (siehe hierzu auch das vorherige Kapitel 6.2). Dann jedoch nicht mehr als homogenes Kollektiv, sondern als

lich das Aufkommen des DRG-Systems und der dadurch forcierte Wirtschaftlichkeitsaspekt thematisiert wird.

individuell zu bearbeitendes Leistungsdifferenzial, das wettbewerblichen Impulsen folgen soll und in der Strategieentwicklung sowie Außendarstellung als Teil des »Corporate Citizen« Krankenhaus tätig wird.

Rechnen und Rechenschaft oder: Die neue Verantwortung der Chefärzt*innen Zu diesem neuen wettbewerblichen Praxisarrangement gehört es zunächst – wie Herr Blumenthal kolportiert – sein Tun verteidigen, »rechtfertigen« zu müssen. Die Notwendigkeit zur Rechtfertigung der eigenen Tätigkeit und Entscheidungen hängt wiederum ab von der Bewertung, ob »das was man tut medizinisch sinnvoll ist oder ökonomisch sinnvoll« ist. Man hat es bei der Parallelisierung von medizinischer mit ökonomischer Rationalität offenbar weniger mit einer ständigen Bevormundung der Ärzt*innen seitens eines nicht näher benannten Akteurs (»man«) zu tun. Eher dürfte es in der neuen »Situation« zur Erfordernis werden, die eigene Tätigkeit und damit sich selbst fortwährend zu kontrollieren und dadurch zu legitimieren. Ärztliches Handeln und damit der Arztberuf als solcher erscheinen hier als grundsätzlich *begründungsbedürftig*. Ohne den Akteur direkt zu benennen wird klar, wer oder was hierfür eintritt: Die »kaufmännische[n] Dinge« kommen als Fabrikate der DRG zur Entfaltung als System, das einen *Zusammenhang zwischen Leistungsbewertung und Leistungsverantwortung* (siehe Miller 2001 sowie 2.2.4) stiftet.

Wie wird das neue System nun in der Praxis entfaltet, wie stellt sich die damit verbundene Kontroll- und Bewertungsarchitektur im täglichen Vollzug dar? Anhand der Schilderungen von Herrn Blumenthal wirkt es, als sei das neue Praxisarrangement eher als Einrichtung »reflexiver Kontrolle« (Noordegraaf 2007) zu verstehen. Nach dieser Lesart werden von kaufmännischer Seite neue wirtschaftliche Fragen an Ärzt*innen und ihre Tätigkeit herangetragen, auf die sie eine Antwort finden müssen und über diesen Weg die ärztliche Praxis in einem medizinfremden Licht reflektiert wird. Handelt es sich dabei lediglich um Reflektionen und verbale Rechtfertigungen oder hängen damit auch medizinspezifische Praktiken zusammen? Es ist aus den Ausführungen bislang kein Mechanismus, geschweige denn ein Automatismus auszumachen, mit dem sich feststellen ließe, wann und inwiefern diese Fragen und Erwartungen geäußert werden und wie der Prozess in die alltäglichen Praktiken eingebettet ist. Hierzu eine weitere Sequenz:

»*Interviewer:* (…) Und was ja auch interessant ist, das sind/sind/was ich gehört habe, dass es jetzt zwei Controller gibt im Krankenhaus? Also, eine/eine Hauscontrollerin und einen Controller der zwischen, der ist in [Stadt] und hier?
Herr Blumenthal: Ja.
Interviewer: Haben Sie mit denen auch/reden Sie mit denen auch öfter, haben Sie mit denen Kontakt mit den Controllern?
Herr Blumenthal: Ja. Situationsbezogen, das hängt vom/vom Befund ab. Klar.
Interviewer: Und was sind so typische Themen?

Herr Blumenthal: Na ja, mit Cont/typische Themen sind Fallmengen, die man/die man erwirtschaftet hat oder Themen wie zum Beispiel das/das Monatsreporting. Also, praktisch, dass man Transparenz schafft dafür, was man geschafft hat, geleistet hat. Man hat ja immer ein Bauchgefühl dafür, habe ich jetzt viel operiert in dem Monat oder habe ich wenig operiert, Kinder, viele Kinder gekommen oder wenig Kinder gekommen. Das auf der einen Seite und auf der anderen Seite zum Beispiel die Kosten, die man damit auslöst. Also, was hast du an Medikamenten verbraucht in dem Zeitraum, was hast du im OP verbraucht an Verbrauchsmaterialien usw. und so fort. Also, das ist dann praktisch ein/ein klassisches/eine klassische Domäne des Controllers, dass der die Zahlen vorhält und sagt, das und das ist gewesen. Und das man dann eben steuern kann und sagen, hier, wenn in einem Monat das so war, dass du viel gemacht hast und wenig verbraucht hast und im anderen Monat war es umgekehrt, du hast wenig gemacht und hast viel verbraucht, woran liegt das denn? Also, dass man praktisch diese/diese Zahlen der Einnahmenseite und Ausgabeseite ineinander oder zueinander in Relation setzt und damit kontrollieren kann, ob vielleicht irgendwas aus dem Ruder läuft. Ja? (...) Also, ob irgendwo Kostensteigerungen da sind, die so eigentlich nicht nachvollziehbar sind oder Einbrüche in bestimmten Leistungen, dass man in bestimmten Bereichen weniger gemacht hat. Bevor man das eigentlich selbst so realisiert, kann man dann schon mal, wenn man so ein/so ein Instrument hat, nachhalten und sehen, aha, das war so, gucken wir doch mal, warum das so war.«

Herr Blumenthal wird nach seiner Kontakthäufigkeit zu zwei Controlling-Mitarbeitenden, einer »Hauscontrollerin« und einem zwischen zwei Standorten des Trägers wechselnden Controller, befragt und führt eine interessante Differenzierung ein. Der Kontakt bestehe situativ und hänge vom »Befund« ab. Letzterer Begriff findet für gewöhnlich im medizinischen Kontext Verwendung und bezeichnet eine Indikationsstellung nach eingehender medizinischer Untersuchung des Krankheitsbildes. Die Semantik wird hier im Zusammenhang mit der Frage nach dem Kontakt zum Controlling-Personal gewählt, der betrieblichen Einheit also, die medizinische Leistungen als Produktionsfunktionen des DRG-Systems gewissermaßen einer betriebswirtschaftlichen Untersuchung unterzieht. Ob nun ein medizinischer Befund gemeint ist, der einen situativen Kontakt zum Controlling begründet, oder die medizinische Terminologie analog auf die Tätigkeiten des Controllings bezogen wird, bleibt offen. Allerdings wird hierüber eine Parallelität erzeugt, die Zeugnis ablegt von den Verhältnissen, in denen sich leitende Krankenhausärzt*innen wie Herr Blumenthal bewegen. Analog zur medizinischen Untersuchung, die eine Indikation »situationsbezogen« stellt und im Zuge dessen eine Beziehung zwischen Ärzt*innen, die untersuchen, und Patient*innen, die untersucht werden, begründet, erzeugt das Controlling aus Sicht des Arztes die

umgekehrte Situation. Er wird umgekehrt in Perspektive des Patienten versetzt und zum Objekt der (kalkulativen) Untersuchung gemacht.

Üblicherweise geht es bei diesen Kontakten um erbrachte »Fallmengen« oder ein monatliches Berichtswesen, in dem man »Transparenz schafft dafür, was man geschafft hat, geleistet hat.« Dabei werden medizinische Leistungen verstanden als ausgelöste Kosten *und* Erlöse, die vom Controlling erhoben und zur Untersuchung des ärztlichen »Bauchgefühls« herangezogen werden. Insofern erscheint Controlling in seiner Funktion zunächst als in der betriebswirtschaftlichen Controlling-Literatur häufig beschriebene »Rationalitätssicherung« (Lachmann 2011), da ein geleistetes Pensum (z.B. an Operationen) mit anderen Zeithorizonten in Relation gesetzt werden kann und so ein differenziertes Bild über die *Entwicklung des Leistungsniveaus* der jeweiligen Leistungserbringer konstruiert wird. Die »klassische Domäne des Controllers« sei es nun, »dass der die Zahlen vorhält«, was in der Mehrdeutigkeit des Verbs »Vorhalten« ein erstes Licht auf die Tätigkeit des Controllings und die Art von Beziehung wirft, die hier aktiv ist. Vorhalten bedeutet zunächst, dass der Controller das Ergebnis seiner Untersuchung dem Arzt schlichtweg sichtbar macht, indem er ihm etwa einen Ausdruck des »Monatsreporting« *vor* die Nase *hält*.

Weiterhin hat das Verb aber auch eine normative Bedeutung. Einer Person Vorhaltungen zu machen bedeutet dann, ausgehend von einer getroffenen Bewertung, ihr etwas vorzuwerfen, einer Sache zu beschuldigen und sie typischerweise dafür in die Verantwortung ziehen zu wollen. Leider verdeckt der Anglizismus »Controlling«, der sich in der deutschen Betriebswirtschaft durchgesetzt hat, diese Komponente des hier interessierenden Zusammenhangs. Mit Rekurs auf den englischen Sprachgebrauch für derlei Tätigkeiten lässt sich etwas Entscheidendes hinzufügen: Der Begriff »accounting«, der zunächst die Tätigkeit des Zählens (»counting«) anzeigt, aber insbesondere für Buchführungs- und damit zusammenhängende Managementpraktiken verwendet wird (i.d.R. ist dann die Rede von »management accounting«), ist der synonyme Begriff des deutschen »Controlling« (siehe ausführlich weiter oben 2.2.4). Dabei verweist der Akt des Zählens in Form von Praktiken des »management accounting« über diese rein technische Referenz hinaus, denn genauso wichtig wie die numerische Erfassung und Gegenüberstellung von Leistungen ist die *personale Zurechnung und der Aufforderungscharakter*, der hierdurch möglich wird. Offensichtlich wird dies, wenn man den gebräuchlichen Term der »accountability« und die korrespondierende Redewendung »to hold somebody accountable« hinzuzieht. Sie bezeichnen die Möglichkeit, Rechenschaftspflichten zu erzeugen bzw. die unmittelbare Tätigkeit, jemanden zur Rechenschaft oder Verantwortung zu ziehen (siehe oben »organisiertes Rechnen« 3.3.4).

Durch den sprachlichen Exkurs wird klar, dass die Produkte des Controllings, die den Ärzt*innen vorgehalten werden, medizinische Tätigkeiten nicht bloß erfassen, kontrollieren, vergleichen und bewerten, sondern geradewegs Mittel an die

Hand geben, Verantwortlichkeiten zu schaffen und daraus Rechenschaftspflichten zu begründen. Rechnen und Rechenschaft gehen also Hand in Hand. Dies lässt sich an folgender Sequenz demonstrieren:

> »*Interviewer:* (…) Und das handelt man so ein bisschen mit dem Controller aus? Oder? Oder ist es dann so, dass der sagt, okay/
> *Herr Blumenthal:* Nein, der Controller ist im Prinzip niemand mit dem man aushandelt, sondern der Controller ist derjenige, der einem die Zahlen liefert. Einfaches Instrument. (…) damit derjenige, der einen Einfluss hat, sagen kann, okay, daran kann ich jetzt oder mit diesen Zahlen kann ich arbeiten und daraus kann ich Schlüsse ziehen. Ja. Also, wenn ich eben nach meiner Erfahrung plötzlich einen habe, den/der/der/unfreundlich zu den Frauen ist und das spricht sich rum und dann kommen weniger und dann ist der Controller derjenige, der mir sagen kann, hier bei dir, sind jetzt so und so viele Fälle weniger gewesen, warum ist das so? Und dann kann ich sagen, vielleicht liegt es daran, weil ich einen Kollegen X, Y habe, der war/der hat einen schlechten Leumund. Und dann kann ich mir überlegen, was ich mache. (…) Es kann was passiert sein im Krankenhaus, irgendein Fall ist schlecht gelaufen, irgendwas ist passiert und das/das/Die Leute erzählen das, ist ja ein Dorf. Oder es ist ein unfreundlicher Kollege oder es sind zu wenig Kollegen oder es ein niedergelassener Arzt sagt, hier das ist/die sind blöd, die können das nicht, irgendwas. (…) Oder ein anderer ist/ist an/an einem anderen Krankenhaus ist ein neuer Chefarzt und der kommt jetzt besonders gut an und der hat viel Werbung gemacht und ist ganz toll und alle Frauen sagen, oh, der ist so schön und der sieht so gut aus und der ist so dynamisch und so jung und dann muss das ein guter Arzt sein. Und da gehen wir jetzt alle da hin. Und plötzlich verlagern sich Märkte.«

Controlling wird in seiner zahlengenerierenden Funktion nun aus Sicht von Herrn Blumenthal zunächst als »einfaches Instrument« tituliert, da es ihm im Gegensatz zu den Aufgaben, die aus der Kontrolltätigkeit *ex-post* erwachsen, nicht sonderlich fragwürdig erscheint. Die Anzeige steigender oder sinkender Fallzahlen oder anderer Parameter führt somit auch nicht unmittelbar und zwangsläufig in eine Verhandlungssituation mit den Verantwortlichen des Controlling. Im Vordergrund steht die bereits dargelegte Entstehung einer technischen Sachlage, die Kosten und Erlöse medizinischer Tätigkeiten »zueinander in Relation setzt und [man] damit kontrollieren kann, ob vielleicht irgendwas aus dem Ruder läuft«. Dass etwas aus dem Ruder läuft, impliziert die Vorstellung eines Ziels, eines Kurses, von dem man abkommen kann. Es gilt Kursabweichungen zu identifizieren, so dass »man dann eben steuern kann« (zum Begriff der Steuerung siehe oben 3.3.1 bis 3.3.4 sowie 4.2.1 bis 4.4).

Doch wer steuert hier eigentlich was und wie soll gesteuert werden? Die letzte Sequenz zeigt, dass Herr Blumenthal »derjenige [ist], der einen Einfluss hat, [und]

sagen kann, okay, daran kann ich jetzt oder mit diesen Zahlen kann ich arbeiten und daraus kann ich Schlüsse ziehen«. Die Rechnungen, die ihm vom Controlling geliefert werden, begründen eine Rechenschaft im Sinne einer Verantwortung und fungieren in der Praxis zugleich als Sammlung von Indizien und Spuren, die zur weiteren Reflexion und Herleitung von Schlüssen Anwendung finden. Dies wird von Herrn Blumenthal zunächst auch ganz im Sinne einer sinnvollen Hilfestellung für seine *professionelle Tätigkeit* verstanden. Er demonstriert hier implizit eine eher naive, auf tradierte Formen chefärztlicher Führung zulaufende Perspektive, nach der sich der mit besonderer Verantwortung und Kenntnis ausgestattete Alleskönner (Chefarzt) seiner ihm zur Verfügung stehenden Hilfsmittel (hier: dem Controlling als »einfaches Instrument«) mühelos bedient und selbstbestimmt Entscheidungen trifft, ungeachtet von strukturellen Konstellationen und Effekten, die von den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln *selbst* ausgehen (z.B. das DRG-System und die Effekte des Controllings auf die Ausübung professioneller Tätigkeiten).

Denn was oben bereits dargelegt als »einfaches Instrument« erscheint, entwickelt mit Blick auf die Stichhaltigkeit der Konklusionen und der damit zusammenhängenden Steuerungsabsicht eine erhebliche Komplexität. An dieser Stelle ist es ratsam, sich noch einmal exemplarisch die Fragen, die das Controlling an die Adresse von Herrn Blumenthal stellt, vor Augen zu führen:

> »hier, wenn in einem Monat das so war, dass du viel gemacht hast und wenig verbraucht hast und im anderen Monat war es umgekehrt, du hast wenig gemacht und hast viel verbraucht, woran liegt das denn?«
> »hier bei dir, sind jetzt so und so viele Fälle weniger gewesen, warum ist das so?«

Die Fragen, die das Controlling stellt, beruhen auf der Feststellung einer Diskrepanz einer oder mehrerer Messgrößen, etwa zwischen unterschiedlichen Fallmengen und Materialverbräuchen (Intergruppenvergleich) oder zwischen einer Fallmenge zu unterschiedlichen Messzeitpunkten (Intragruppenvergleich). Das ausgewiesene Ziel der Steuerung ist es nun, die *Diskrepanz* zwischen dem, was ist, und dem, was sein soll, aufzulösen. Als praktisches Problem erscheint nun, dass die Diskrepanz, die die *Zahlen selbst hervorbringen aber weder hinreichend ergründen noch Mittel zu ihrer Bearbeitung liefern*, nicht ohne Weiteres überbrückt werden kann. Methodischer formuliert stiften Zahlen einen Entstehungszusammenhang im Rahmen einer quasi-wissenschaftlichen empirischen Untersuchung, sie begründen ein *spezifisches Interesse* und haben bestenfalls *explorativen Charakter*, liefern aber deshalb weder einen Begründungs-, noch einen Verwertungszusammenhang per se. Denn wie die angeführten Beispiele demonstrieren, bewegt sich die Untersuchung unausweichlich auf die Hinterbühne der konkreten, objektiv erscheinenden »Zahlenwerke« (Mennicken/Vollmer 2007: 10) und damit in nicht-numerische, komplexe Sozialkontexte. Dies macht die Gemeinsamkeit der bereits rekonstruierten und noch folgenden Fälle aus. Die Controlling-Befunde stoßen die Türen und Fenster

des Krankenhauses auf und richten den Blick auf all die flüchtigen Dinge, Kräfte, Bedürfnisse und Absichten, denen Zahlen und Bilanzblätter ursächlich entspringen (siehe die Ausführungen zu Latours Existenzweisen der Ökonomisierung, insbesondere der Bindung/Mobilisierung weiter oben unter 3.4.3). Sie knüpfen einen Kitt zwischen internen Strukturen und Prozessen der Organisation und den Dingen, die sich *jenseits* der Krankenhausmauern, in denen sie errechnet wurden, liegen. Oder anders formuliert: Die Indizierung der neuen ärztlichen Verantwortung entspringt der Indexierung neuer Zahlen und besteht zuvorderst in Prozessen ihrer *Kontextualisierung*.

Dass mit den Kontextualisierungen so mannigfaltige Verbindungen berührt sind, wie sie Herr Blumenthal skizziert, ist Teil der Konstruktion eines neuen *Interesses*, das Einzug in Krankenhäuser gehalten hat. Das Interesse an einem zu Frauen »unfreundliche[n] Kollege[n]« mit einem »schlechten Leumund« und dessen Serviceorientierung; am einzelnen »Fall«, der »schlecht gelaufen ist« und dem medizinischen Qualitätsmanagement; am ambulanten Sektor bzw. am niedergelassenen Arzt, der »sagt, […] die sind blöd, die können das nicht«; am neuen werbetreibenden Chefarzt aus dem anderen Krankenhaus, den die Frauen »so schön« und »so dynamisch« finden, dass er gleich als »guter Arzt« gilt. All das ist im neuen, vom Controlling induzierten Arrangement von Interesse und Verantwortung von Belang, weckt das Interesse des ver*antwortlichen* Chefarztes, der nun *Antworten finden* muss auf diese nun als Gefahren und Risiken (siehe Kapitel 6.1) verstandenen Phänomene. Jedoch bleiben Interesse und Verantwortung nicht abstrakt, sondern werden sozialräumlich konkret. Denn all das soeben Indizierte »spricht sich rum« in einer Ortsgemeinde, die sich vermittels Controlling-Zahlen einem »Entdeckungsverfahren« (von Hayek) unterzieht und vermeintlich sogleich in einen volatilen »Quasi-Markt« (Bartlett/Le Grand 1993) von Wettbewerbern verwandelt, auf dem man sich als dynamische Führungskraft behaupten, den man bedienen und zugleich kontrollieren soll (»Und plötzlich verlagern sich Märkte«).

Wie bereits im vorherigen Kapitel 6.2 und auch bei Herrn Blumenthal ersichtlich wurde, stehen diese Kontextualisierungsprozesse allerdings mit unterschiedlichen Varianten in Verbindung, die sich nach dem Grad der Komplexitätsbearbeitung unterscheiden lassen. In Kapitel 6.2 ging es auf Grundlage »numerischer Konkurrenz« vor allem um zynische (Herr Gelmann) bis resignative (Herr Gondorf) Formen der Aneignung und Übersetzung seitens der Ärzteschaft. Herr Blumenthal (wie auch Herr Peters im vorigen Kapitel) hingegen zeigte ausgehend von einer neuerlichen Infragestellung der eigenen Professionalität[28] eine affirmative Bear-

28 Herr Blumenthal: eigener Beitrag zur wirtschaftlichen Schieflage des Hauses und neuer Auftrag wirtschaftlicher Erholung nach Übernahme durch privaten Krankenhauskonzern im selben Haus; Herr Peters: »utopische« Fallzahlsteigerungen und die vertiefte fachspezifische Auseinandersetzung mit den Zahlen im Medical Board.

beitungsform, die in Folge habitueller chefärztlicher Leitungskompetenz die neuen Controlling-Artefakte als bloß anzueignende Mittel trivialisiert und nicht sieht, dass diese Form in erster Linie ein Produkt der Selbstbezüglichkeit des Controlling-Arrangements darstellt, das die Differenzen zwischen ärztlichen und ökonomischen Werten verwischt. Doch auch komplexere, multiperspektivische Varianten sind denkbar und werden im Folgenden anhand zweier Chefärzte (Herr Hocke und Herr Schmidt)[29] vorgestellt.

Patchwork: Das raffinierte Zusammenbinden unterschiedlicher Rationalitäten Es geht zunächst um Herrn Hocke, Chefarzt für Kardiologie am »Klinikum zur Wessel«, ein peripher gelegenes Krankenhaus, das wenige Jahre vor dem Interview in einer wirtschaftlichen Schieflage von einem privaten Klinikkonzern übernommen wurde.[30] Am Thema »Qualität« verdeutlicht er seine Sicht auf Wirtschaftlichkeit und wie dies mit dem Umgang mit niedergelassenen Ärzt*innen im unmittelbaren Umfeld des Krankenhauses zusammenhängt:

> »*Herr Hocke:* Wie ich immer sage: Gute Medizin und gute Qualität lohnen sich immer. (…) Jetzt kommen wir auf den Qualitätsbegriff natürlich zurück. Jetzt ist es natürlich für den Patienten wichtig, auf der einen Seite: »Wird mein Problem behoben?« Okay? Das ist das Entscheidende: Medizinisch behoben. (…) Das Zweite, was aber auch Qualität ist, dass man links und rechts schon schaut: Hat er noch Nebenerkrankungen, die behandelt worden sind? Und – jetzt kommt es – die Entscheidung, ja: »Müssen diese anderen Sachen, die ich vielleicht nebenbei entdeckt habe, gemacht werden, oder nicht?« So. Zum Beispiel, ich könnte sagen: »Okay, das ist Frau Müller. Die hat seit acht Jahren Kopfschmerzen. Och, da gucke ich mal nach.« Dann kriegt die noch ein Schädel-CT, ein Schädel-MRT. Das CT kostet dem Haus 200 Euro, das MRT kostet dem Haus 400 Euro – sind 600 Euro – und sie liegt drei Tage länger da. Oder ich kann sagen, was gute Medizin ist, dem Hausarzt aufschreiben, und sagen: »Achtung, wir haben nebenbei festgestellt: Die Patientin hat noch das und das Problem. Das sollte bitte ambulant abgeklärt werden, weil das ein chronisches Problem ist. (…) und jetzt ist die über 55, hat auch noch Recht auf eine Vorsorge-Koloskopie. (…) Und als Nebeneffekt

29 Beide Fälle, Herr Hocke und Herr Schmidt, sowie der später noch folgende Fall Herr Fürstenberg wurden unter anderen Namen in einer bereits veröffentlichten Arbeit von Julian Wolf (2018) herangezogen und als spezifische Fälle rekonstruiert.

30 Der Geschäftsführer des Klinikkonzerns Herr Heckmannstellt die Situation wie folgt dar: »Also [Name Krankenhausstandort] ist Anfang [Jahr] gekauft […] war sozusagen in keiner ganz leichten Situation, das hat bestimmt der [Name Kaufmännischer Geschäftsführer des Hauses] schon erzählt, weil die schwer angeschlagen war die Klinik und jegliches Vertrauen der Zuweiser verloren hatte und viele Patienten ferngeblieben sind und das Haus leer war und Stimmung nicht so gut und kurz vor der Insolvenz und ein riesen Investitionsstau und so, das typische.«

dafür, dass ich gute Qualität gemacht habe, ja – weil: Ich habe ja das Problem behoben, ich habe alles mitgekriegt – hat das Haus unter Umständen eine sehr günstige Kostenstruktur und die Ertragslage bei der kurzen Verweildauer ist gut. (…) So, jetzt kommen wir auf das andere Beispiel. (…) Dieser Patient ist statt vier Tagen zehn Tage da und hat zusätzlich dem Haus noch Materialkosten, Kosten für CT, MRT, Koloskopie, Personalressourcen gekostet, ohne dass man dem Patienten mit seinem akuten Problem – seinem akuten Problem wohlgemerkt – geholfen hat, ja. Jetzt kommt es. Wenn ich aber sage – was auch clever ist: Ich möchte aber die Koloskopie nicht verlieren, ja, ja, weil das für das Haus einen Benefit hat, kommen wir auch zur Qualität, und sagen: okay, dann vergisst der das, vergisst es der Hausarzt, ja. Dann kann man ja auch in den Brief reinschreiben: »Sollte mal gemacht werden. Wir haben direkt einen Termin gemacht, für den sowieso soundsovielten, zur Aufnahme«, ja? (…) Das sind so Sachen, wo ich sage: okay, das ist Qualität. Und das ist diese Qualität, die nicht im BQS ist. Aber das eine Qualität auch, ja, in der Versorgung, heißt: Den Patienten optimal versorgen, aber trotzdem im Krankenhaus selber, die Kosten generieren. Und das ist auch der politische Wille, und auch der Wille von allen Beteiligten, dass sie auch eine gewisse Selektion finden, Richtung, ne, ambulanter Therapie und stationärer Therapie, ja.«

Herr Hocke führt anhand eines fiktiven Beispiels aus, was aus seiner Sicht ein angemessenes Verständnis von Qualität jenseits indikatorengestützter Qualitätsvergleiche (»BQS«[31]) bedeutet: das Ineinandergreifen von medizinischen, versorgungssystemischen und wirtschaftlichen Interessen. Das hier skizzierte Wiedereinbestellen des Patienten gilt Herrn Hocke als Qualitätsindikator, da nicht nur akutmedizinische Probleme des Patienten behoben werden, die in Krankenhäusern aus versorgungssystemischer Sicht im Vordergrund stehen sollen. Auch kann so der Patientenfall kosten- *und* ertragsgünstig abgerechnet werden, da eine rasche Entlassung gewährleistet wird und der behandelte Patient bei Antritt der bereits terminierten Wiederaufnahme einen neuen Behandlungsfall abrechenbar macht und dem Krankenhaus erhalten bleibt. Ferner werden auch die wirtschaftlichen Interessen des involvierten niedergelassenen Hausarztes berücksichtigt, der in diesem Arrangement die chronischen Beschwerden des fiktiven Patienten ambulant behandeln kann und über die Planungen des Krankenhauses via Arztbrief ins Bild gesetzt wird. Die engere Verzahnung stationärer mit ambulanter Versor-

31 BQS bezieht sich auf die vormals »Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung« genannte Einrichtung, die mittlerweile »BQS Institut für Qualität und Patientensicherheit« heißt. Das BQS entwickelt seit 2001 auf Grundlage statistischer Methoden Instrumente zur Messung der Versorgungsqualität im Gesundheitswesen und für das Qualitätsmanagement in deutschen Krankenhäusern.

gung in Richtung eines Versorgungsnetzwerks wird hier bereits ersichtlich (vgl. Vogd 2007).

> »*Interviewer:* Ja, wie sind da Ihre/Also da gibt es ja wahrscheinlich verschiedene Interessen, wie man da die Selektion vornimmt, ne? Also ich weiß nicht: Stimmen Sie da überein, mit den niedergelassenen Kollegen?
> *Herr Hocke:* Ja. Ja, also die niedergelassenen Kollegen – deswegen sage ich ja, ne – die niedergelassenen Kollegen kapieren das ja auch, was Sache ist, ja? (…) Wir haben natürlich auch das Problem – wir sind ja auch Dienstleister, auch Dienstleister unserer niedergelassenen Kollegen – dass sie schon mal sagen: »Wissen Sie Herr Hocke, der kommt zwar vielleicht wegen dem oder dem. Aber könnten Sie nicht mal noch das und das gucken?« (…) Aber das ist ja auch kein Problem. Wissen Sie, warum das kein Problem ist? Weil: Alle Kalkulationen sind eine Mischkalkulation. Das heißt: Wenn Sie sehr gut und stringent handeln, dann haben Sie immer auch betriebswirtschaftlich noch genug Luft, ja, zu sagen: »Okay, mhm, jetzt hat er mich drum gebeten, dies, das«, weil: Sie brauchen auch diese Luft, weil Sie in einer Kleinstadt tätig sind.«

Gefragt, ob er mit den niedergelassenen Kollegen mit Blick auf das dargestellte Arrangement übereistimmt, bestätigt er das *verbindende Interesse* mit diesen, denn die »kapieren das ja auch, was Sache ist«. Jenseits der Seilschaften zeigt sich aber, dass Herr Hocke sein Krankenhaus und sich selbst in der Rolle des Chefarztes als »Dienstleister unserer niedergelassenen Kollegen« versteht. Zugleich Dienstleister und Kollege zu sein mutet schwierig, wenn nicht gar widersprüchlich an. Dienstleistung bedeutet aus Sicht von Herrn Hocke insbesondere, gewisse therapeutische oder diagnostische Wünsche der niedergelassenen Kolleg*innen zu erfüllen, obwohl die Patient*innen mit einer anderen Indikation im Krankenhaus aufgenommen wurden. Sprich: Seine eigene Qualitätsnorm zu unterlaufen, die er soeben ausgeführt hatte, macht das Wesen der Dienstleistung aus, der er sich verpflichtet fühlt. Doch er wischt dieses offensichtliche Zugeständnis beiseite, indem er eine derartige Kalkulation ihrem Wesen nach als »Mischkalkulation« bezeichnet und damit einen Weg aus dem Dilemma formuliert.[32] Dienstleister sein zu können ist

32 Tatsächlich werden die Chefärzte über die genaue Zusammensetzung der Mischkalkulation nur unvollständig unterrichtet, wie der Konzernvorstand Herr Heckmann mit Blick auf emotionale Gründe schildert: Interviewer: Wie viel wissen die Chefärzte von den Zahlen vom Haus? Herr Heckmann: Die kennen alles mit Ausnahme der G und V und die Bilanz, die kennen sie nicht. […] Also die kennen die Leistungsstatistik, die Personalstatistik und die Patientenzufriedenheit. Die Personalstatistik normalerweise nur für deren Bereich. […] Was wir nicht mit den Chefärzten teilen, ist die Gewinn- und Verlustrechnung und die Liquidität, weil erstens weil wir familiengeführt sind. Aber das ist weniger das Thema, sondern weil das natürlich viel Angst verursacht, wenn da jetzt minus 600.000 Euro steht. Die können das gar nicht so richtig einschätzen, was das jetzt genau bedeutet. Wiederum wenn da plus eine Mil-

hernach möglich, »wenn Sie sehr gut und stringent [be-, Anmerkung K. M.] handeln«.

Ökonomisch orientiertes ärztliches (Be-)Handeln wird hier als Lösung für ein verlustbringendes Dienstleistungsverhalten skizziert, welches wiederum selbst der oben beschriebenen Konstellation entspringt und damit in erster Linie versorgungssystemischen wie wettbewerblichen Impulsen folgt. Medizinische Aspekte und Fragen der Versorgungsqualität jenseits sektoraler Grenzen bleiben aber nicht unberücksichtigt. Es wird ersichtlich, dass der Schritt hinaus in ein *Marktgeschehen*, den die neue Verantwortung erzeugt, zum Aufbau komplexer Praktiken bei Herrn Hocke führt. Die Antwort auf die intern vom Controlling aufgeworfenen Fragen (»woran liegt das denn?«) liegt zunächst in der sozialräumlichen Bindung an Interessen des ambulanten Sektors, die ihrerseits eigene betriebswirtschaftliche Ziele verfolgen, mit unsicheren ökonomischem Folgen für das jeweilige Krankenhaus. Um diese mit der organisationalen Umwelt produzierten Interdependenzen zu verarbeiten, wird wiederum in der Praxis ein *interner Gleichgewichtsmechanismus* erfunden, der der Organisation in Form von »Mischkalkulationen« eine ausreichend flexible und zugleich handlungsleitende, zukunftsorientierte Form der »Aspirationalisierung« (Vollmer 2004, siehe oben 3.3.4) bietet. Unter der Annahme, dass es sich *rechnen wird*, macht Herr Hocke Zugeständnisse an wichtige Stakeholder, die als Netzwerkpartner angelaufen werden.

Der Blick in die Zukunft, die Aussicht auf zukünftige Mehreinnahmen rechtfertigen die sodann als Investitionen verstandenen Gefälligkeiten in der Gegenwart, die Vertrauen und Kollegialität zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzt*innen stärken. Per positiver Erwartungsbildung verfängt ein Modus, der die gegenwärtig vorherrschende Kontingenz (Kollegiales Zugeständnis oder ökonomische Effizienz?) bearbeitbar werden lässt: *Das Problem wird in die Zukunft verschoben*, Herr Hocke bleibt aktiv und vermeidet – im Gegensatz zu den anderen rekonstruierten Fällen – ein Zusammenfallen des Ärztlichen mit dem Ökonomischen, das in anderen Fällen zu Zynismus, Resignation oder Allmachtsphantasien geführt hatte. Doch wie sich zeigt, wird auch die Praxis der Mischkalkulation intern mit einer *Vertiefung* ökonomischer Zielsetzungen erkauft, da eine als sicherer Verlust verbuchte Dienstleistung im Gegenzug durch ein an ökonomischer Stringenz orientiertes Entscheiden kompensiert werden muss.[33] Nur so können unrentable und rentable

lion steht, wenn man dazu nicht die Bilanz kennt und weiß, wie viel Schulden da drauf sind und was der Kaufpreis war, dann fehlt da komplett die Relation und deswegen [...] wollen wir nicht, dass die untereinander anfangen zu rechnen ›naja, meine Abteilung verdient 300.000 und deine macht 400.000 Verlust und weil ich 300.000 verdiene, kriegen wir 5 Ärzte und du musst sparen‹.«

33 Durch eine Orientierung an kurzen Verweildauern, einem Fokus auf akutmedizinische Probleme bzw. dem Abblenden von Nebendiagnosen zur Erhöhung des Patientendurchlaufs sowie einer Wiedereinbestellung der Patienten.

Behandlungen zu einem fiktiven Gleichgewicht finden, das durch ein hinreichend stabiles Arrangement in der Praxis zwischen Krankenhaus und seiner Umgebung möglich wird. Wie sieht dieses stabile Arrangement aus und weshalb wird hierfür betriebswirtschaftliche »Luft« abgesaugt?

Das »Dorf« – Die netzwerkbasierte Erschließung organisationaler Umwelten Es folgt nun der Fall des Herrn Hocke, der selbstverständlich nur *eine* komplexe Variante unter anderen denkbaren Varianten darstellt, mit den ökonomischen Zumutungen des Krankenhaussektors umzugehen. Die Spezifität kommt insbesondere durch den weiteren Verweis auf den Sozialraum »Kleinstadt« zustande. Die Kleinstadt mitsamt seinen niedergelassenen Ärzt*innen wird in den folgenden Passagen in zweierlei Hinsicht konkreter gefasst. Begonnen wird mit einer Schilderung von Herrn Hocke zur Qualität der Beziehungen innerhalb des kleinstädtischen Sozialraums:

> »*Interviewer:* Und wie funktioniert das, also, dass die Abteilung so gut läuft? Also haben Sie jemals leere Betten? Oder oft ist ja so Mengenausweitung ein Thema, dass das auch irgendwann ausgeschöpft ist, gerade in einer Kleinstadt, oder so? (…) Und spielt da der Kontakt zu den Einweisern irgendwie eine Rolle?
> *Herr Hocke:* Ja. (…) Das Problem ist ja: Dorf, ne? (…) So, Kontakt sind Einweiser. (…) also wusste es selber nicht, bevor ich auf dem Dorf gearbeitet habe, ne. Und zwar: Sie erfahren hier auf dem Dorf ja eh nicht, was die Wahrheit ist. In der Großstadt machen Sie ein paar Symposien, und dann wissen die Einweiser: hoch, toller Chirurg, toller Internist, ne. Hier geht alles über Mund-Propaganda, ja? (…) Also gestern habe ich mit einem befreundeten niedergelassenen Kollegen gesprochen, und komischerweise wusste der schon – gestern war sozusagen Mittwoch – was am Montag auf Intensivstation blöde gelaufen ist.«

Der Interviewer stellt den als erfolgreich angenommenen Kurs der von Herrn Hocke geleiteten Abteilung in Zusammenhang mit einer wohlmöglich an seine Grenzen kommenden »Mengenausweitung« und der Frage, welche Rolle der Kontakt zu den »Einweisern« – den niedergelassenen Ärzt*innen – dabei spielt. Für Herrn Hocke kulminiert die Antwort im Phänomen »Dorf«, das synonym für eine verriegelte Sozialität samt eigensinnigem Verhältnis zur Wahrheit steht. Im Dorf wird im Gegensatz zur als Hort der Fachlichkeit gepriesenen Großstadt »alles über Mund-Propaganda« betrieben. Die Wege sind so kurz, dass sie selbst bis in die Intensivstationen des Krankenhauses vordringen und von dort die Kunde von medizinischen Verfehlungen fast unmittelbar zurück ins Dorf spülen. Die Differenz von Dorf/Großstadt stellt offenbar auch aus wirtschaftlichen Erwägungen heraus eine große Herausforderung für den Chefarzt Hocke dar. Doch inwiefern?

> »*Herr Hocke:* (…) So, und jetzt werde ich mal sagen, was die Geschäftsführung nie erfährt und was auch ich selber erst gar nicht erfahren habe, und zwar: Ich

bin auch zu Niedergelassenen gegangen, nett, freundlich, ne, finden alles toll – und haben trotzdem nicht einen [Patienten, Anm. K. M.] überwiesen, ne. So. Und ich kenne jemanden, der ist hier seit drei Generationen der ganzen Inzest-Mafia tief verwurzelt. (…) Und den kannte ich hervorragend. Ich habe dem Vater zweimal das Leben gerettet und der Mutter, und waren immer nett beieinander. Auf einmal hat der mich eingeladen. Und komischerweise bei dieser Einladung saß dann der dritte Bürgermeister der Stadt da, zwei Einweiser saßen da – von denen ich jetzt auch regelmäßig auf Gartenfest und so eingeladen werde – und auf einmal war ich in dem Insiderkreis drin. Und der Gleiche, der mich nett, freundlich hat abtropfen lassen – ja, beim Praxisbesuch, dass ja alles toll ist, und trotzdem nicht eingewiesen hat – hat mir dann Sachen erzählt, wo ich ja beinahe rückwärts umgefallen bin. Ne, so funktioniert Dorf. So. (…)
Interviewer: Sie gehen zu den Praxen?
Herr Hocke: Ja, ja klar. Habe ich schon gemacht, habe ich schon mehrere Praxenrunden gemacht (…) und die erzählen dir eigentlich immer so: Ja, da war der Arzt mal nicht gut, ja. Also nichtssagende Sachen. (…) Worauf die Geschäftsführung zwar anspringt, die nichtssagend ist, ja. Das heißt: Jedes Krankenhaus, ja, macht fünf Prozent Schrott. Entweder ich sage: 95 Prozent waren gut, oder ich sage: Zeige mal dem Geschäftsführer oder dem Hocke, der dahin kommt – hier Schrott. Ja, okay? (…) Aber ansonsten ist alles gut, und ich weise trotzdem nicht ein, oder so. Das Schöne war: Die Geschäftsführung war ja auch mal bei einem Kumpel von mir, ne, und hat sich nach mir erkundigt, der ist dann Internisten-Chef. Ja, und der hat die ganz eiskalt abtropfen lassen, (lachend), und denen so ungefähr gesagt, ne: »Der Hocke? Kann ich nicht viel sagen, arbeitet unauffällig«, dies, das. (Lacht). Ruft mich dann am Abend an: »Hör, mal die machen da«. (Lacht). (…), die haben sich erkundigt, wie zufrieden die Niedergelassenen sind.
(…) Aber das war so faszinierend, um das System zu erkennen, so, die haben das bis heute nicht geschnallt, ne, dass das ein Kumpel von mir ist. Und ich habe zehn Jahre nicht kapiert, dass da der [Bezeichnung des engen Freundes von Herrn Hocke] mit dem dritten Bürgermeister, mit den zwei Niedergelassenen zusammen ist, und wie das läuft, und was wirklich die Gründe waren und was man wirklich sagt. Weil: die alle haben mir das Gleiche gesagt, ne, weil: Die sind in dieser Dorfgemeinschaft – das hört sich echt total doof an – das ist teils suspekt, ja. Sie sind da erstmal mehr oder weniger ein Fremder. Die sind alle nett, höflich, dies, das.
Interviewer: Was für einen Einfluss haben die denn, jetzt auf alle?
Herr Hocke: Ja natürlich haben die einen riesen Einfluss, ja, weil die Niedergelassenen natürlich, ja, die Notfälle kriegen Sie so oder so, ja. Aber jeder, der geplant ist, der kann doch zum Beispiel sagen: [Name Ortschaft] – dem Vorort von [Standort Krankenhaus], das ist ein Ortsteil, ja – der hat genau die gleiche Entfernung zu unseren Mitbewerbern nach [Name Stadt], wie zu uns. (…) Und die Patienten

hören zu 90 Prozent auf ihren Niedergelassenen. (…) Und jetzt fragen Sie mal – die Geschäftsführung fragt natürlich nicht – wie viele solcher Rückmeldungen, so ehrlich, wie bei Praxisbesuchen, so in der Form vorliegen.
Interviewer: Ja. Da wissen Sie mehr, als die Geschäftsführung?
Herr Hocke: Genau. Und das weiß ich aber auch nur, seitdem ich mit dem einen oder anderen ein Bierchen trinken gehe.«

Der Zugang zum geschlossenen Kommunikationsraum »Dorf«, der hier in pejorativer Weise auch als »Inzest-Mafia« bezeichnet wird, fungiert fortan als Schlüsselkompetenz von Herrn Hocke in seiner Funktion als Chefarzt. Die exklusive Sozialität der Etablierten im Dorf verwahrte sich lange gegen das strategische Umwerben der örtlich niedergelassenen Ärzt*innen durch das Krankenhaus, das diese als Teil einer zu etablierenden und kontrollierenden *Einweisenden-Struktur* erscheinen lässt. Im Zuge der »Praxenrunden« seitens Herrn Hocke erweisen ihm die ärztlichen Kolleg*innen zwar den nötigen kollegialen Respekt (»nett, freundlich, ne, finden alles toll«), ließen ihn aber mit Blick auf die Absicht, Überweisungen von Patient*innen zu erhalten, letztlich doch immer wieder »abtropfen«. Die Metapher des Abtropfens zeigt es an: Selbst die wiederkehrenden persönlichen Praxisbesuche konnten zunächst keine persönliche *Bindung* erzeugen, konnten Herrn Hockes fehlende Verwurzelung im »Dorf« nicht kompensieren und ließen ihn folglich als wenig vertrauenswürdigen Außenseiter zurück. Es bedurfte einer Dekade der persönlichen Präsenz und einer existenziellen Verbindung zu einem der »Insider« (Herr Hocke hatte seinen Eltern mehrmals das Leben gerettet), um die Dorf-Initiation einzuleiten. Das Vordringen in die gesellige Vertrautheit des Dorfes implizierte für Herrn Hocke, Dinge zu erfahren, wo er »ja beinahe rückwärts umgefallen« wäre.

Bemerkenswert ist nun jenseits des gesteigerten Interesses der Krankenhausakteur*innen, derartige Kreise betreten zu können, die Bedeutung, die derlei Praktiken und Wissensbestände für das *interne* Arrangement des Managements, respektive zwischen Geschäftsführung und Chefärzt*innen, haben. Offenbar nutzt auch die Geschäftsführung des Krankenhauses informelle Kanäle, um Einschätzungen aus dem ambulanten Sektor über den Leistungsstand der eigenen Chefärzt*in-

nen einzuholen.[34] Die intern erzeugten Controlling-Zahlen stimulieren die Suche nach mehr Erkenntnissen außerhalb des Hauses.[35] Es ergeht hieraus ein *Wettbewerb um Informationen,* der sich an der Frage entscheidet, wer im Sinne einer größeren Reichweite und Durchdringung die meisten Kontakte knüpft und Vertraulichkeit aufbaut. Der Kampf um mehr Patient*innen wird zu einem Kampf um Zugang zu Menschen und deren Meinungen und Urteilen, die möglichst exklusiv sein müssen. Da kann es strategische Relevanz erlangen, »mit dem einen oder anderen ein Bierchen trinken« zu gehen und dort im erwirkten Vertrauen den eigenen Aspirationen gemäß Erkundungen einzuholen oder Allianzen aufzubauen. Gleichzeitig unterscheidet sich das hier rekonstruierte Konkurrenzgebaren von der weiter oben analysierten »virtuellen Konkurrenz« (Kapitel 6.2) insofern, als das hier unter Kolleg*innen (Herr Hocke als Chefarzt des Krankenhauses und die niedergelassenen Kolleg*innen des Ortes sowie andere im weiteren Sinne relevante Personen) medizinisch relevante Informationen zirkulieren, die am einzelnen Fall orientiert sind und eine *prozessbezogene Konjunktion* innerhalb des etablierten *Versorgungsnetzwerks*

34 Die Darstellung des Kaufmännischen Geschäftsführers Herr Stehrig bestätigt dies: »Und ich habe/bin natürlich hier auch sehr eng am Ort und an den Zuweisern dran, kriege natürlich dann auch viel mit, wer welche Meinungen hat. Also die Zuweiser sind natürlich wichtig oder die anderen Stakeholder hier drum herum und ich mache dann ja so die Netzwerk- und die Kontaktpflege und dementsprechend irgendwie habe ich natürlich auch viele Termine und kenne die ganzen Leute hier vor Ort und kann natürlich dann auch sagen, was ich dann hier so höre, weil letzten Endes/also ich sage jetzt mal, ich bin so eine Art Bürgermeister von so einem kleinen [Zahl] Einwohner-Ort und das ist so klein, dass dann sich Gerüchte natürlich dann auch schnell hier verbreiten und ja, da kriegt man schon viel mit, man kann natürlich viele Hinweise dann geben.«

35 Umgekehrt werden die Zahlen im Krankenhausmanagement nur mit Vorsicht angewendet, wie Herr Stehrig wissen lässt: »(Seufzt) Also wir sind jetzt gar nicht so ein (…), wie soll ich das sagen, also nicht so durchanalytisch, dass wir dann sagen, man guckt sich jetzt jede einzelne Abteilung an. Also wir sind zum Beispiel schon mal gar nicht so ein Verfechter von Kostenstellenrechnungen, also wir gucken uns natürlich/wir gucken uns monatlich dann die Leistungsmenge an und wir gucken uns die CM-Punkt-Entwicklung an. das heißt die Erlöse gucken wir uns an, (…) die Kosten gucken wir uns ab und an an, aber letzten Endes, ja also das fängt/bei den Allgemeinkosten fängt das schon an, wo man sich dann fragen kann okay, wie schlagen wir die Verwaltung jetzt auf die einzelnen Abteilungen um. Und selbst wenn das so ist, was sagt uns das, wenn eine Innere irgendwie so und so viel Erlöse gebracht hat und ein anderer Bereich bringt so und so viel. Also die müssen das Gefühl haben irgendwie, dass jeder das macht, so gut wie er kann, dass er das Potential hier ausschöpft und dann geht das eigentlich für uns in Ordnung. Dann geht das auch in die richtige Richtung. Und ich glaube das ist auch das, was durchaus das Arbeiten hier auch, will nicht unbedingt sagen angenehm, wäre das falsche Wort, aber ich glaube es ist durchaus ein fairer Weg miteinander umzugehen, dass man sagt okay, natürlich wollen wir die Leistung irgendwie oder das Potential oder dafür was die Versorgung, für die wir hier nun mal stehen, dass wir da ein optimales Leistungsangebot dann schaffen und uns personell aufstellen und wenn wir das Gefühl haben ja, das macht jemand in dem Rahmen, dann ist das auch erstmal/grundlegend ist das erstmal okay.«

ermöglichen, das natürlich auch zur Austragung mimetischer Rivalitäten dienen kann.

Darüber hinaus geht es aber auch um eine Perspektivübernahme im Sinne der ökonomischen Stellung des Krankenhauses als Akteur im lokalen Wettbewerb um Patient*innen und deren Ratgeber, den niedergelassenen Ärzt*innen, insgesamt. Die neue Verantwortung erfordert es, den ökonomischen Anforderungen auch unter Ausblendung eigener Interessen als Mitglied der Organisation funktional nachzukommen, wie dies aus einer als legitim erachteten Sprecherposition – die kaufmännische Geschäftsführung an die Adresse des Chefarztes – eingefordert wird. Doch rekurriert diese Anrufung insbesondere auf ein Enaktierungspotenzial, das die Organisation selbst wiederum nicht hervorbringen kann, da die skizzierten Praktiken sich als hochgradig spekulatives Agieren in unterschiedlichen Umweltkontexten ausweisen: Die erhoffte sozialräumliche Integration erfolgt – wie exemplarisch bei Herrn Hocke dargestellt – aufgrund einer spezifisch ärztlichen Disposition und kann nicht auf Grundlage reduktionistischer, unterkomplexer Darstellungen des medizinisch-betriebswirtschaftlichen Controllings allein gelingen. Die ärztliche Disposition ist hingegen multiperspektivisch und erlaubt ein komplexes *patchworking*, das fachliche, personale sowie existenzielle Faktoren einholt und sich in netzwerkförmigen Trajektorien zwischen Chefärzt*innen, den von ihnen versorgten Patient*innen, Angehörigen, den niedergelassenen Ärzt*innen sowie lokalpolitischen Schwergewichten aufspannt.

Nun sind die Ausführungen von Herrn Hocke mit denen des Geschäftsführers Herrn Fürstenberg zu kontrastieren, der das städtische Krankenhaus »Hermelin« leitet, das Teil eines privaten Klinikkonzerns ist, und der einen mit einigen Schwierigkeiten versehenen wirtschaftlichen Entwicklungsplan für sein Haus verfolgt:

> »*Herr Fürstenberg:* Also das Stationäre wächst immer stärker mit dem Ambulanten zusammen und das will auch der Gesetzgeber so. (…) Und der [Paragraph, Anm. K. M.] 115 A sagt auch explizit, dass niedergelassene Ärzte sehr wohl auch Krankenhäuser unterstützen können bei dieser sektorübergreifenden Versorgung.
> *Interviewer:* Und, ah, ich kann mir vorstellen, dass Sie da mit den Niedergelassenen wieder ins Gehege kommen. Ist das/
> *Herr Fürstenberg:* Ja, da muss man einen guten Weg finden. (…) also neben irgendwelchen kooperativen Verträgen könnte man ja auch sagen »wir als Krankenhaus übernehmen einfach einen Kassenarztsitz und machen jetzt ein krankenhauszentriertes MVZ.« (…) Also wir hatten an einem Standort mal ein MVZ auch nur angedacht. Da war ein riesen Aufschrei in der Niedergelassenen-Gruppe. (…) Nichts desto trotz ist es halt so, dass man die Niedergelassenen braucht, weil sie sind die Geldgeber, sie sind diejenigen, die die Patienten reingeben. Also muss man trotzdem irgendwelche Wege finden, um mit denen zu kooperieren, oh-

ne zugleich in deren Geschäftsfeld einzudringen und deshalb kann man das nur durch ganz viel Kommunikation schaffen. Also je mehr man erklärt und je mehr man sich Zeit nimmt für die internen, wie die externen Stakeholder, desto besser. Wir planen hier in diesem Jahr noch einen Coup, und zwar wollten wir, will ein Chefarzt hier einen Sitz privat übernehmen, einen Kassenarztsitz.
Interviewer: Einen Kassenarztsitz? Ein Chefarzt des Hauses?
Herr Fürstenberg: Des Hauses, und der kriegt seine Praxisräume bei uns hier in der Klinik. (…)Und hier wird es, ist dann die Herausforderung, dass die Bevölkerung, die da draußen vielleicht denkt »hoppla, [Name Klinikkonzern] kauft hier einen Sitz und vereinnahmt den«, sofort von vornherein klarzustellen, dass hier der Kollege Doktor Sowieso privat diesen Sitz übernommen hat. Also ich möchte ni/ich mu/hier muss ich vermeiden, dass da draußen die Wahrnehmung ist, wir hätten ein MVZ gegründet.
Interviewer: Aber jetzt strategisch ist das natürlich, hängen Sie da ja wahrscheinlich in dieser Entscheidung mit drin, dass der Sitz hier am Haus ist?
Herr Fürstenberg: Ja, klar. Also ich befördere das. Ich habe auch in, ich brauche dafür auch [Zahl] Millionen Euro, um diesen Umbau zu gewährleisten. Und die werde ich auch ausgeben, sobald sie mir bewilligt sind, und das ist ein riesen Coup für unser Haus, weil dieser Arzt übernimmt einen von [Zahl] fachärztlich internistischen Sitzen, in denen es eine gastroent/gastroenterologische Patienten sind. Und keiner der heutigen [Zahl] Sitzinhaber schickt auch nur einen einzigen Patienten in unsere Klinik, weil – der eine Teil sitzt nämlich sehr stark im Norden, da wäre der Weg viel zu weit. Und einer ist zwar ganz hier um die Ecke, ist aber ein alter Katholik und gehört zu den katholischen Kliniken und weist als ehemaliger katholischer Oberarzt, seit 30, 40 Jahren nur in diese (…) Klinik ein. Das heißt, mit dieser Übernahme wird es uns gelingen, dass wir wahrscheinlich mit einem Marktanteil von 20 Prozent aller gastroenterologischen Patienten hier Fuß fassen können und das ist natürlich äußerst interessant.«

Herr Fürstenberg betont – noch deutlicher als Herr Hocke – die besondere Bedeutung der niedergelassenen Ärzt*innen des ambulanten Sektors für das zuweisungsabhängige Krankenhaus, die in einiger Verdrehung der Tatsachen sogar als »Geldgeber« bezeichnet werden.[36] Gleichwohl erblickt er hier – im Gegensatz zu Herrn Hocke – keine autonom agierenden Ärzt*innen in der Niederlassung, die Krankenhausärzt*innen »abtropfen« lassen oder in der Vertrautheit des Dorfes verschworene Freunde und Bekannte, sondern einen kollektiven Akteur (»die Niedergelassenen«), der sein eigenes »Geschäftsfeld« gegen die Interessen des stationären Sektors zu verteidigen sucht. Das eigene Agieren im ambulanten Sektor wird

36 Die Rechnung über die Patientenbehandlung der Krankenhäuser begleichen immer noch zum allergrößten Teil die Krankenversicherungen sowie zu einem kleinen Anteil die Patient*innen selbst.

durch einen gesundheitssystemischen Blick mit explizitem Bezug auf eine Gesetzeslage vermittelt, nach der »niedergelassene Ärzte sehr wohl auch Krankenhäuser unterstützen können bei dieser sektorübergreifenden Versorgung«. Es wird klar, dass Herr Fürstenbergs strategische Abwägung auf der feinen Trennlinie zwischen Kooperation und feindlicher Übernahme beruht. Denn das, was er im weiteren als »Coup« bezeichnet, ist durch den von ihm genannten Paragraphen augenscheinlich nicht gedeckt, der die Kooperation zwischen ambulant tätigen, sog. Vertragsärzt*innen und Krankenhäusern lediglich zum Zweck der vor- oder nach stationären Behandlung erlaubt.[37] Der »Coup« sieht jedoch vor, dass der internistisch tätige Chefarzt des Krankenhauses als *Privatperson* einen Kassenarztsitz übernimmt, in den Räumen und mit den Geräten des Krankenhauses ambulant behandelt und dann diejenigen Patient*innen, die einer stationären Behandlung bedürfen, umgehend in seine eigene Abteilung des Krankenhauses überweist.

Es handelt sich hierbei de facto um eine *Einschränkung der Wahlfreiheit der Patient*innen*, wenn der ambulant behandelnde Arzt diese in Personalunion als Chefarzt geradewegs zur stationären Versorgung in die eigene Klinik überleitet. Denn die Akquise des Kassenarztsitzes, so das Kalkül, soll dem Krankenhaus einen »Marktanteil von 20 % aller gastroenterologischen Patienten« bescheren und damit den lokalen *Markteintritt* in diesem Behandlungssegment ebnen. Die selbst gesetzte Prämisse, Kooperation in dieser Hinsicht nur durch »ganz viel Kommunikation« in Richtung der »internen, wie der externen Stakeholder« zu erreichen, entpuppt sich letztlich als Akt der kommunikativen Täuschung (im Sinne des »Als-Ob«, Ortmann 2004, vgl. 3.3.4) infolge der strategischen Einhegung des ambulanten Sektors, die auf der internen Rollenausdifferenzierung des chefärztlichen Personals beruht. Der Chefarzt wird hier als *Privatperson* zum Komplizen einer Markterschließungspraxis gemacht, die unbedingt und »sofort« den Eindruck vermitteln möchte, keine zu sein. Der Chefarzt agiert vorgeblich als freiberuflich Selbstständiger, während das Krankenhaus vorgibt, *kein* »krankenhauszentriertes MVZ« gegründet zu haben, um so den erwarteten Widerstand der »Niedergelassenen-Gruppe« bzw. den befürchteten Imageschaden aus der »Bevölkerung« im Keime zu ersticken. Neben den nicht geringen Investitionen, die hierfür getätigt werden, ist das Risiko also nicht nur finanzieller Natur. Wie beschreibt der involvierte Chefarzt, Herr Schmidt, nun die Angelegenheit?

---

37 Paragraph 115 A des SGB V besagt: »Das Krankenhaus kann bei Verordnung von Krankenhausbehandlung Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen ohne Unterkunft und Verpflegung behandeln, um 1. die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder 2. im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung). Das Krankenhaus kann die Behandlung nach Satz 1 auch durch hierzu ausdrücklich beauftragte niedergelassene Vertragsärzte in den Räumen des Krankenhauses oder der Arztpraxis erbringen.«

»*Interviewer:* Und der Kassenarztsitz, den haben Sie bekommen innerhalb dieser [Zahl] Jahre, die Sie jetzt bei [Name Klinikkonzern] sind, oder hatten Sie den schon vorher?
Herr Schmidt: Den habe ich jetzt ganz aktuell vor [Zahl] Monaten bekommen. Zum [Datum] übernommen. (…) Verschafft mir halt die komfortable Situation, dass ich halt ein Fachgebiet für mich eigenständig ausüben kann. Kann trotzdem Patienten, wenn sie schwerer erkranken stationäre Behandlung bedürfen, kann ich sie weiter betreuen. Also, in meiner eigenen Abteilung. Für die Patienten auch nicht unangenehm. Umgekehrt hinterher auch. Können von mir weiterbetreut werden. Das ist letztendlich/Klar ich profitiere sicherlich davon, von der Situation, dass ich ein Teil des Krankenhauses nutzen kann. Klar gegen Entgelt. Ich zahle dafür. (…) Dass ich den Untersuchungsraum des Krankenhaues nutzen kann oder Untersuchungsgeräte nutzen kann. (…) Und andererseits profitiert das Krankenhaus sicherlich auch davon. Denn halt meine Patienten, wenn sie halt stationär betreut werden oder müssten, die Wahrscheinlichkeit ja unwahrscheinlich hoch ist, dass natürlich auch jemand hier machen würde. (…) Da hat ein Krankenhaus einen Vorteil stationäre Patienten sicherlich mehr zu bekommen. Und ich habe halt den Vorteil, dass ich eine gewisse Unabhängigkeit schaffe.«

Das Arrangement zwischen Chefarzt und Geschäftsführer stellt sich, nach der erfolgreichen Akquisition des Kassenarztsitzes durch Herrn Schmidt, tatsächlich als eines heraus, dass nicht nur auf finanziellen Anreizen beruht. Herr Schmidt sieht auch seine professionelle Unabhängigkeit gestärkt, da er sein Fach nun »eigenständig ausüben« und seine Patient*innen im Fall einer stationären Aufnahme im Krankenhaus »weiter betreuen« kann. Außerdem bietet ihm das Krankenhaus als frisch gebackenem Kassenarzt und Freiberufler eine günstige medizinische Infrastruktur an (er muss keine eigene Praxis aufbauen und in diese investieren, das übernimmt ja wie oben besehen sein Geschäftsführer). Das Krankenhaus wiederum kann – neben der erwarteten Zuleitung von Patient*innen – Miet- und Nutzungsentgelte einstreichen und seine Geräte stärker auslasten. Das Arrangement scheint hier zumindest krankenhausintern zu gelingen, da sich wirtschaftliche, rechtliche, professionelle und versorgungssystemische Aspekte aufeinander beziehen und verschränken lassen. Ob das Arrangement in der Umwelt des Krankenhauses auf Akzeptanz stößt, ob die örtliche Presse, niedergelassene Ärzteschaft und Bevölkerung diesen »Coup« annehmen werden, ist jedoch nicht ausgemacht. Auch hier dürfte einiges davon abhängen, ob die sozialräumliche Integration und Vernetzungspraxis des verantwortlichen Chef- und Kassenarztes Schmidt gelingt. Aus versorgungssystemischer Sicht scheint es immerhin einige informelle, persönliche Signale der Zustimmung zu geben, wie er berichtet:

»*Interviewer:* Und was sagen die Kassen?
Herr Schmidt: Ich/Weiß ich nicht. Habe noch keine Rückmeldung oder wir. Da

> kommt ja keiner und sagt/Außer viele sagen aus dem persönlichen Umfeld, auch Mitarbeiter der Kassenleitung, finden wir gut. Das ist ein tolles Konzept, wir finden das gut. (…) Aber ich glaube, das ist die Zukunft. Weil der Niedergelassene an sich. Sie haben halt viele Spezialisten, die sich ein Krankenhaus sonst nicht leisten könnte. Die allein davon leben, dass sie zum Großteil ihre ambulante Behandlung machen dürfen. Ihre Kassenzulassung haben. (…) Und für die Sachen, die sie am Krankenhaus erbringen, muss das Krankenhaus ja auch nur einen kleineren Teil zahlen. Die müssen ja nicht voll einstellen. So zahlen sie nur eventuelle für erbrachte Leistungen. Das Krankenhaus ist ja da auch nicht unwirtschaftlich. (…) Ohne dass sie sich einen ganzen Gastroenterologen einstellen müssen oder am besten noch zwei, den sie voll bezahlen müssten. Und letztlich, da haben wirklich beide etwas davon. Und Geräte vom Krankenhaus werden mitgenutzt. Krankenhaus kriegt sogar noch Geld. Eine Refinanzierung der Geräte. Also, schlecht ist das nicht. Ich finde, das ist die Zukunft.«

Sein Resümee verlegt sich auf eine Win-win-Situation: das Krankenhaus spart Geld, indem es auf die medizinischen Leistungen der ambulanten Spezialisten zurückgreifen kann, ohne die personalwirtschaftliche Verantwortung für diese tragen zu müssen und erzielt gleichzeitig auch noch Einkünfte aus der Nutzung von Geräten und Räumen. Die kurze Sequenz zeigt, dass die herausgearbeitete Perspektivübernahme, die Teil der neuen Verantwortung von Chefärzt*innen ist, infolge der strategischen Kooperation auch bei Herrn Schmidt zum Tragen kommt. Und doch handelt es sich bei ihm um eine komplexe Integration, denn er vermag, wie Herr Hocke schon, die beiden zur Disposition stehenden Perspektiven des Ärztlichen und Ökonomischen in der Praxis zu einem Arrangement zusammenzubinden und gleichzeitig ihre *Divergenz* aufrechtzuerhalten. Ärztliche Professionalität und ökonomische Kalküle fallen bei der Perspektivübernahme nicht als Einheit zusammen, sondern werden getrennt mitgeführt und in der Praxis aufeinander bezogen.

Entgegen der in Kapitel 6.1 und 6.2 rekonstruierten Fälle, zeigen sich hier weder Zynismus noch Resignation. Auch erscheint der »Coup« aus der multiperspektivischen Rahmung von Herrn Schmidt nicht als ökonomische Zurichtung, sondern als ein Arrangement, das medizinische, versorgungssystemische, persönliche wie krankenhausökonomische Aspekte verbindet. Herrn Fürstenberg wiederum gelingt es nicht, das Arrangement als solches zu betrachten. Nicht, weil es ihm an strategischem Kalkül fehlte, sondern vielmehr infolge des epistemischen Kurzschlusses [DK], der die Akquisition eines Kassenarztsitzes durch einen Krankenhausarzt unter Ausblendung von versorgungssystemischen wie medizinischen Aspekten auf automatische Fallzahlsteigerungen und Kosteneinsparungen – einen unternehmerischen »coup« – verkürzt.

Zusammenfassung – Verantwortung und Vernetzung: Chefärzt*innen als unternehmerische Leistungsträger*innen und »Corporate Citizens« Rechnen und Rechenschaft weisen, wie im ersten Abschnitt des Kapitels gezeigt wurde, eine innige, nicht nur sprachliche Verbindung auf, sondern gerinnen in Form der Funktionseinheit Controlling (bzw. dem englischen Pendant »management accounting«) zu einem Mechanismus, der beliebige Vorgänge zu Leistungen formt und diese einer Person zurechnet, die für das Rechenergebnis verantwortlich gemacht werden kann. Es lassen sich derart Fragen, die sich aus den Leistungsrechnungen ergeben, an den Leistungserbringer herantragen, ohne dass die Rechnungen selbst eine Antwort bereithielten, wie hiermit aufgeworfene Probleme – wie etwa die Abweichung von gesteckten Leistungszielen nach einem Soll-/Ist-Abgleich – gelöst werden könnten.

Die »neue Sichtbarkeit« (vgl. 6.1) im Krankenhaus zeichnet sich durch eine Infragestellung der professionellen Tätigkeiten und damit des professionellen Selbstverständnisses der Ärzteschaft aus. Die Infragestellung hat zugleich einen *Aufforderungscharakter*, der sich auf ein *neues Interesse* an subtilen wie in Krankenhäusern bislang eher unterbelichteten Umweltkontexten richtet. Das neue Interesse zeigt sich am enormen Bedeutungszuwachs der für die Einweisung von Patient*innen mehrheitlich zuständigen niedergelassenen Ärzt*innen, aber auch anderer Personen des Versorgungssystems, denen ein Einfluss auf »Patientenströme« zugesprochen wird. Die Aufforderung der Geschäftsführungen, diese für das Krankenhaus zu gewinnen, stellt sich als *Aktivierung* der Chefärzt*innen dar, an der Konstruktion einer *spezifischen Umwelt* des Krankenhauses maßgeblich mitzuarbeiten. Denn der von Controlling-Zahlen geebnete Weg zu einer strategischen Umweltorientierung der Krankenhäuser steht und fällt mit der *sozialräumlichen Erschließung* der Krankenhausumgebung, die in erster Linie von der chefärztlichen Belegschaft, die das Krankenhaus als »Corporate Citizen« (Herr Blumenthal) nach außen hin repräsentiert, geleistet werden soll. Aber auch die diesbezüglichen Beobachtungen und Feedbackprozesse der Geschäftsführung setzen die Ärzt*innen unter Druck (siehe die Aussagen des geschäftsführenden Direktors hierzu: »bin natürlich hier auch sehr eng am Ort und an den Zuweisern dran, kriege natürlich dann auch viel mit, wer welche Meinungen hat. […] und ich mache dann ja so die Netzwerk- und die Kontaktpflege […] und kenne die ganzen Leute hier vor Ort und […] ich bin so eine Art Bürgermeister« vgl. Fußnote 34)

Für den Krankenhausarzt entsteht hierdurch ein neuer Maßstab professioneller Wertigkeit. Denn die zu bearbeitenden Kontexte stellen in erster Linie *nicht* auf medizinische Qualifikationen ab, sondern auf *Aspirationalisierungsleistungen im Zusammenhang mit Kommunikationen* unter Anwesenden in der Umwelt des Krankenhauses. Der Klatsch im Dorf oder dem Stadtviertel in Form persönlicher Ansichten; die »kollegialen« Meinungen niedergelassener Ärzt*innen; die sexuelle Attraktivität als Wettbewerb unter männlichen Ärzten; Öffentlichkeitsarbeit als Werbemit-

tel des Krankenhauses in Form von Informationsveranstaltungen oder Zeitungsartikeln. Die neue Verantwortung leitender Ärzt*innen stellt sich als Aktivierung dar, in genau jene wenig bis gar nicht institutionalisierten, nicht formal geregelten Räume vorzudringen und dort neue Interessen und Beziehungen zu mobilisieren [BIN]. Aktivierung in diesem Zusammenhang bedeutet, eine ganze Reihe neuer Praktiken der subtilen Menschenführung zu erproben: die Führung unterschiedlicher Patient*innengruppen und deren Angehörige jenseits ihrer medizinischen Indikation, niedergelassener Ärzt*innen jenseits der Übermittlung des Arztbriefs und öffentlicher Personen jenseits der Versorgung mit sachlichen Informationen. Nicht zuletzt geht es auch um die Führung des Selbst sowie insgesamt um ein *Patchwork* widersprüchlicher Ansprüche und Interessen von Akteur*innen, die es leitenden Ärzt*innen abverlangen, pragmatisch mit Wertdifferenzen umzugehen und sicherzustellen, dass im Ergebnis alle Beteiligten halbwegs zufrieden sind.

Das *patchworking* zeigte sich insbesondere am Beispiel des Chefarztes Herrn Hocke und seiner *netzwerkbasierten* Erschließung des Sozialraumes »Dorf«. Er muss sicherlich als ein spezifischer Fall verstanden werden, der nicht auf alle hier vorgestellten Fälle gleichermaßen zutrifft, da dies schlichtweg nicht von allen Akteur*innen geleistet werden kann, wie schon die vorangehenden Analysen in Kapitel I und II gezeigt haben. Das höchst voraussetzungsreiche Erschließen komplexer Sozialräume, so wurde klar, erfolgt *nicht* in erster Linie mithilfe der typischen Mittel des Controllings und den kalkulatorischen Vorgaben des Managements. Von ihnen jedoch angetrieben – eben aktiviert – zielen die hier rekonstruierten Praktiken eines *grenzgängerischen* patchwork viel eher auf den Aufbau von Bindungen [BIN] (siehe oben 3.4.3), die durch existenzielle Verbindungslinien, freund- bzw. bekanntschaftliche Verhältnisse, strategische und quasi-geschäftliche Kooperationen erwirtschaftet werden. Darüber hinaus bedeutet das Erschließen auch, sich selbst an die (vielleicht zunächst sogar abschätzig betrachteten: »Inzest-Mafia«, Herr Hocke) Spielregeln der lokalen Sozialräume zu binden, diese also positiv zu affirmieren und im nächsten Schritt habituell zu verkörpern. Insofern verschwimmt hier die Grenze zwischen dem professionell agierenden Chefarzt und dem Privatmensch Hocke, der sich als Mitglied in seinem »Dorf« in die quasi-öffentlichen Belange einbringt, und mit ihr auch die Trennschärfe von organisational-arbeitsbezogener und privat-bürgerlicher Verantwortung (Corporate Citizenship).

Die besondere Integrationsleistung eines Chefarztes wie Herrn Hocke aber auch des Chef- und Kassenarztes Herrn Schmidt, ihr erfolgreiches *patchworking*, beruht auf der verkörperten Fähigkeit unterschiedliche Rationalitäten und Sozialräume so zusammenzubinden, dass Grenzen situativ überschritten werden und doch gewahrt bleiben. Als ein derart gelingendes *Arrangement elastischer Grenzen* entpuppte sich die von Herrn Hocke eingeführte, auf ein ökonomisches Gleichgewicht abzielende Formel der »Mischkalkulationen«, die in der Praxis als erfolgreiche Temporalisierung bestehender versorgungssystemischer Zielkonflikte fun-

giert. Die stärkere Verschränkung von stationärem und ambulantem Sektor wird krankenhausintern als kollektive Wette auf die Zukunft verbucht, die in gegenwärtigen Verlusten zukünftige gewinnbringende Investitionen antizipiert und so komplexe Entscheidungssituationen und deren Kontingenz situativ bearbeitbar macht. Während über externe Vernetzungspraktiken in beiden Sektoren versorgungssystemische, medizinische, kollegiale wie persönliche Aspekte Beachtung finden, geht mit der zeitlichen Verschiebung eine Intensivierung ökonomischer Ziele und deren Erreichung durch die für diese Zwecke zu aktivierenden Ärzt*innen einher. In strukturäquivalenter Form wurde später das Arrangement zwischen Herrn Fürstenberg und Herrn Schmidt rekonstruiert. Dieses ergibt sich aus einer krankenhausinternen Allianz zwischen Chefarzt und Geschäftsführer, die über Bande einer privatrechtlichen Konstruktion (der angestellte Chefarzt mit Kassenarztsitz) die versorgungssystemische Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor zugunsten ökonomischer Interessen des Krankenhauses weiter aufweicht, gleichzeitig aber auch Vorteile in versorgungssystemischer wie medizinischer Hinsicht für sich reklamieren kann, hierfür jedoch die Wahlfreiheit des Patient*innen potenziell einschränkt und die lokale Öffentlichkeit über die tatsächlichen Vertragsverhältnisse im Dunkeln belässt.

Zusammengenommen greift die These von der Funktion des Controllings als »reflexive Kontrolle« (Noordegraaf 2007) medizinischer Professionalität, die durch Zahlen und Kalkulationen bloß eine weitere Sicht auf die eigene Tätigkeit erhält, zu kurz. Wie bereits mit den Begriffen der »Verkehrung des Gewöhnlichen« samt der »neuen Sichtbarkeit« (siehe 6.1) anklang und sich hier weiter am empirischen Material zeigt, fördern und fordern die neuen Recheninstrumente die Entwicklung von Verantwortlichkeiten und Aktivitäten, die fern der eigentlichen ärztlichen Professionalität liegen und doch auf die *Persönlichkeit* der Ärzt*innen zugreifen. Sie wird als habituelle Disposition von der Organisation gebraucht, um das Ausgreifen in und Erschließen von Räumen und Beziehungen zu ermöglichen, die sich den direkten Ansprüchen »medizinischer Leistungssteuerung« des Krankenhausmanagements entziehen. Und doch sind Chefärzt*innen in dieser Position nicht zwangsläufig »Corporate Citizens« und somit Erfüllungsgehilfe ihrer Geschäftsführung bzw. Ziel ökonomischer Zurichtungen. In der Praxis kann die sozialräumliche Integration entlang existenzieller sowie quasi-freundschaftlicher Linien tatsächlich zur Folge haben, dass »numerische Konkurrenz« (wie in Kapitel 6.2 rekonstruiert wurde) und starre Versorgungsgrenzen (ambulanter vs. stationärer Sektor) im Rahmen *netzwerkbasierter Konjugationen* zwischen Krankenhausärzt*innen, Patient*innen, deren Angehörigen sowie Einweiser*innen bzw. niedergelassenen Kolleg*innen und anderen für die Versorgung wichtigen Lokalverantwortlichen zugunsten *tatsächlicher Kooperation* unterlaufen bzw. elastisch gemacht werden können. *Rechenschaft* abzulegen und der neuen Ver*antwortung* gerecht zu werden, ist demnach ein höchst voraussetzungsreiches, komplexes Unterfangen, das bei er-

folgreicher Beherrschung durchaus brauchbar zur weiteren professionellen Distinktion erscheint.

Da hiermit unumgänglich auch ethische Fragen des Lebensstils, der persönlichen Integrität und des habituell verkörperten Wissens berührt sind, scheint die Organisation, respektive das Management, bislang weitestgehend darauf beschränkt zu sein, organisationskulturelle Erwartungen auf kollektiver Ebene ins Spiel zu bringen – wie die Idee einer Corporate Cititzenship zeigt –, Vernetzungsanstrengungen individuell von Chefärzt*innen einzufordern oder sich mit den Mitteln der Personalwirtschaft anzumaßen, derlei Aspekte bei Personalentscheidungen berücksichtigen zu können (siehe nachfolgend die Ausführungen zur Personalauswahl nach Netzwerkkompetenz). Es bleibt somit die Frage, weshalb die *Organisation* Krankenhaus in seiner jetzigen Form keinen geeigneten Beitrag zur Lösung der hier aufgeworfenen Probleme leistet und stattdessen auf das netzwerkbasierte Ausgreifen in den Sozialraum und das patchworking des ärztlichen Personals, das in Form rechtlicher Fiktionen oder als bürgerliche Privatperson agiert, angewiesen ist. Hierzu werden im letzten Kapitel weitere empirische Rekonstruktionen präsentiert, die sich mit der »zweiten Natur des Ökonomischen« (Latour 2014, siehe oben 3.4.3) beschäftigen.

6.4 Objektivität und Krankenhausökonomie

Als Einstieg in das Kapitel soll zur Verdeutlichung des Problembezugs eine sehr plastische Formulierung von Herrn Schmidt dienen, der im vorangegangenen Kapitel schon zur Sprache kam:

> »*Herr Schmidt*: Wenn es darum geht, dass eine Abteilung nur danach bewertet wird, wie denn gerade der Case Mix ist. Also der Fallschweregrad. Von dem ja letztendlich halt die Erlöse abhängen. Oder wie die durchschnittliche Verweildauer ist. Von dem ja letztendlich auch die Erlöse oder die Kosten abhängen. So kann man keine Medizin betreiben. Wenn der Mensch gesund ist, schicken wir sie nach Hause. Wenn er nicht gesund ist, schicken wir sie nicht nach Hause. Wenn so eine ältere Dame halt drei Tage länger braucht, über der durchschnittlichen Verweildauer, dann braucht sie die halt. Ich kann ja die Natur nicht ändern, nur weil mir Zahlen vorgegeben werden.«

Der Verweis auf »die Natur«, die Herr Schmidt nicht ändern könne, »nur« weil ihm »Zahlen vorgegeben werden«, führt das grundlegende steuerungspraktische Problem des modernen Krankenhauswesens vor Augen. Die Systemarchitektur der DRG bildet medizinische Leistungen nicht bloß in gewisser Weise ab (Pauschalierung von Leistungen in Form durchschnittlicher Kosten pro Patient*in), sondern versetzt das Krankenhausmanagement in die Lage, Berechnungen vorzulegen, die

die Kategorie des Natürlichen in Frage stellen, gar mit einem neuen Verständnis aufwarten, was als natürlich verstanden werden soll. Wie bereits mit der rekonstruierten »Umkehrung des Gewöhnlichen« (vgl. Kapitel 6.1) anklang, gerät das, was in der professionellen Praxis als normal und selbstverständlich galt durcheinander und wird – wie das folgende Kapitel zeigen soll – durch eine andere »Natur« ersetzt, die mittels Berechnungen erschlossen wird und die versprechen, *Unsicherheiten* in *Wahrscheinlichkeiten* zu überführen und aus hinreichenden bzw. guten *optimale Verhältnisse* zu formen. Der in diesem Zusammenhang eingeführten These von der »Kontrollfiktion des Managements« (ebd.) soll nun weiter nachgegangen werden.

Statistik, Leistungsmix und Serienproduktion – Zahlen und ihr Beitrag zu einer »objektiven« Krankenhausökonomie Die folgenden Rekonstruktionen handeln daher von der Größe der Zusammenhänge, der Rationalität der »Zahlenwerke« (Mennicken/Vollmer 2007: 10), denen zugeschrieben wird, objektive Tatsachen bloß abzubilden, die in der Praxis aber vor allem performative Wahrheiten produzieren, die als Umlaufbahn des Controllings und des Managements in Krankenhäusern nur implizit mitschwingen. Hierzu werden nun, bevor zu den Chefärzten zurückgekehrt wird, zunächst einige Sequenzen von kaufmännischen Geschäftsführungen analysiert, die sich auf die Epistemologie der Krankenhausökonomie und von Controlling-Zahlen beziehen.

Den Auftakt bestreitet Frau Martens, die als ausgebildete Ärztin Qualitäts- und Klinikmanagerin des »Klinikum Wahlstädt« ist, dass bereits in Kapitel 6.1 durch Herrn Falter, Chefarzt für Chirurgie, und Herrn Helmstedt, den geschäftsführenden Direktor, sowie Herrn Sievers, den Chef-Controller, vorgestellt wurde. In Anknüpfung an das soeben gezogene Fazit in Kapitel 6.3, setzt Frau Martens das Thema der Vernetzungsfähigkeit auch auf der Hierarchiestufe der Oberärzte relevant. Noch entscheidender hinzu kommt ein tieferliegender Einblick in die Art und Weise, wie diese Erwartungen durch die gewählten Recheninstrumente abgesichert werden. Es geht in den folgenden Sequenzen um eine Entscheidung der (schon bei Herrn Helmstedt vorgestellten) »Finanzrunde«, die Rheumatologie als eigene Abteilung und Schwerpunkt der Inneren Medizin des Hauses auszubauen.[38]

> »*Frau Martens:* (…) Hintergrund war, dass wir in den letzten, ja muss man eigentlich sagen, Monaten oder auch Jahren die Tendenz haben, dass wir unsere Betten nur noch geringer auslasten. Das sehen wir ja an unsere Zahlen, die wir immer

38 Die Ausweitung des Versorgungsauftrages war in diesem Fall, wie Frau Martens berichtet, kein Problem, da der »Feststellungsbescheid« dem Krankenhaus für die rheumatologische Spezialisierung aus früheren Zeiten noch vorlag, aktuell aber brachlag und insofern (unter geringfügigen Auflagen seitens des Gesetzgebers) relativ problemlos wieder reaktiviert werden konnte.

verfolgen. Das heißt, von unseren [Zahl] aufgestellten Betten, hatten wir eine durchschnittliche Auslastung in [Jahr] von 73,6 Prozent. Das heißt, [Zahl] Betten. Nun hat man Höhen und Tiefen, aber sie sehen, da steht etwas leer. (…) Das ist ja schon mal schlecht und auf der anderen Seite ist aber unser OP ausgelastet. (…) Und deshalb haben wir sowieso mit dem Gedanken gespielt oder/Als Idee gehabt, wenn man jetzt so die nächsten zwei, drei Jahre kurz und mittelfristig strategisch sich anguckt, eher noch mal im konservativen Bereich neue Schwerpunkte zu setzen. (…) Es gab eine ganz klare Zielstellung. Zehn teilstationäre Betten zu belegen, die wir jetzt auch beantragt und genehmigt bekommen haben, weil wir haben ja noch genug Betten rumstehen hier. (…) Und wir hoffen, dass wir auf zwanzig bis dreißig Betten stationär kommen.
Interviewer: (…) Wenn ich da jetzt noch mal den Bogen sozusagen zurück zu der Entscheidung, eine Rheumatologie aufzubauen, schlagen darf. Hätten Sie sich da auch eine gewisse Detailtiefe in der Abbildung der jetzigen rheumatologischen Betten aus dem Medizincontrolling gewünscht oder war das da eher unwichtig?
Frau Martens: Die Rheumafälle waren in unserer Schwerpunktstatistik ja auch ein Stück miterfasst. Sprich, wenn man sich die Innere anguckt, da haben wir halt immer vierteljährlich sonst in der Schwerpunktdarstellung die Anzahl der Endoskopien gehabt, weil wir eine Gastroenterologie sind. Und da waren halt auch die Rheumafälle dabei und da war immer klar, dass sich das nicht in ein Niveau entwickelt, wie das mal ursprünglich angedacht war. (…) [Jahr] ist ja extra dafür auch noch mal eine Oberarztstelle (…) neu besetzt worden mit einem Oberarzt, der schwerpunktmäßig auch Rheumatologe war und der diesen Bereich aufbauen sollte. Und man hat zwar irgendwie gemerkt, es ist ein bisschen etwas passiert, aber, wie gesagt, fünf Betten belegt. Das ist ja kein Oberarztbereich. Das war nicht genug. Und das hat man auch in diesen Schwerpunktzahlen gesehen. Sodass man wusste, also, wenn dann ist dort noch Luft. Es müssen da halt andere Personen ans Werk. Man guckt natürlich dann auch in der Tiefe, woran liegt es. Gibt es der Markt nicht her? Aber da guckt man sich auch verschiedene Dinge an. Welche Veranstaltungen laufen da für Einweiser? Wie ist denn dieser Oberarzt vernetzt unter den [Stadt] Rheumatologen? Geht der in diese/Zum Beispiel zu diesen Arbeitstreffen (…) oder Rheumastammtisch? (…) Da geht der nicht hin. Ist ja komisch. Und dann kriegt man noch mit, Mensch, die [Name eines Verbands] ist ja in unserem MVZ und der weiß gar nichts davon (…). Bringt sich dort nicht ein. Da merkt man, da stimmt etwas in der Vernetzung nach außen nicht. Das ist zwar sicherlich hier nach innen ein ganz guter Oberarzt, auch fachlich gut, aber da fehlt halt komplett die Vernetzung. (…) Und dann guckt man natürlich, woran liegt das, hat der einfach zu wenig Zeit oder entspricht das halt nicht seiner Persönlichkeit? Also, diese Außendarstellung, das ist ja nicht jedermanns Sache und wenn das, so wie hier der Fall ist, dann ist halt klar, es müssen andere Personen her, die das halt besser können.«

Der Ausbau der konservativen, rheumatologischen Kapazitäten im Haus, mit dem Ziel »zwanzig bis dreißig Betten stationär« zu belegen, vollzieht sich einerseits vor dem Hintergrund sinkender Belegungsquoten insgesamt (73,6 %) und einer starken OP-Auslastung andererseits. Analog zum vorangegangenen Kapitel 6.3 und dem Fall des Chefarztes Hocke, der ein Versorgungsnetzwerk zwischen ihm, den Patient*innen, Angehörigen, Lokalpolitiker*innen und niedergelassenen Kolleg*innen in der Vertrautheit des Dorfes zu arrangieren sucht, wird hier ersichtlich, welche Anforderungen auch an *Oberärzt*innen* gestellt werden, die für den ökonomischen Erfolg einer (neuen) Abteilung verantwortlich gemacht werden. Das durch die »Schwerpunktstatistik« als unbefriedigend ausgewiesene »Niveau« der »Rheumafälle« steht in Diskrepanz zur dafür eingerichteten Oberarztstelle mit rheumatologischer Spezialisierung, für die eine gewisse Bettenanzahl als Voraussetzung erfüllt sein muss (»wie gesagt, fünf Betten belegt. Das ist ja kein Oberarztbereich«). Die fachliche Qualifikation des Oberarztes wird »nach innen« zwar als gut bewertet, nichts desto trotz überwiegt die Ansicht, dass »in der Vernetzung nach außen« etwas nicht stimmt. Dies lässt die Geschäftsführung zu dem Schluss kommen, der Oberarzt müsse durch »Personen«, deren »Persönlichkeit« den Anforderungen gerechter wird, ersetzt werden.

Neben der Sekundierung dessen, was in Kapitel 6.3 herausgearbeitet wurde, erhält die Rede von den »Persönlichkeiten«, wie sie sich schon weiter oben bei Frau Martens Vorgesetztem Herrn Helmstedt zeigte (der diese »an die Hand nehmen und […] hin zum [ökonomischen] Erfolg« führen wollte), hier nochmal eine andere Konturierung. Die zu erzielende Falldynamik wird einerseits mit der persönlichen Fähigkeit des Oberarztes assoziiert, erfolgreiche *Netzwerkpraktiken* zu entwickeln. Andere Gründe für die zu niedrige Fallzahlentwicklung wurden andererseits in Betracht gezogen und analysiert. Zum Beispiel wurde analysiert, ob sich im lokalen Umfeld des stationären Bereichs eine Marktsättigung eingestellt hat und sich deshalb keine weiteren Patient*innen mehr akquirieren lassen (»Gibt es der Markt nicht her?«) oder ob Vernetzungsaktivitäten des Oberarztes infolge der Arbeitsverdichtung schlichtweg zu kurz kommen *mussten* (»hat der einfach zu wenig Zeit«). Doch der spezifische Rekurs von Frau Martens auf die erhobenen Zahlen macht deutlich, dass diese gemäß der von ihr implizit gemachten Zuschreibung, gesichertes Wissen und dementsprechend objektive Tatsachen zu liefern, eine *legitimatorische Kraft* entfalten, der nur schwer zu entsagen ist. Die Zahlen unterfüttern die Entscheidung, den als schlecht vernetzt bewerteten Oberarzt zu entlassen, da sie eine *errechnete Tatsache* schaffen, die den Mangel an Zielerreichung festschreibt (Soll-Ist-Abgleich mit dem Ergebnis, dass der Oberarzt nur fünf der 10 teilstationären bzw. 20-30 vollstationären Betten füllen konnte, die erwartet wurden, vgl. auch Kapitel 6.1).

Die Faktizität der Messung verdeckt die spekulativen Erwartungen der Geschäftsführung, indem diese als errechnete Chancen auf Leistungssteigerung in

eine *objektive* Form überführt werden. Diese Form zeichnet sich durch kontinuierliche Leistungskontrollen aus, die in Teilschritte und Zwischenergebnisse zergliedert werden und so einen *Prozess* entwerfen, der den Eindruck vermittelt, das ausgegebene Ziel sei *plan-* und damit auch *steuerbar*. Hier ist eine Geschäftsführung am Werk, die die Zwecke und Mittel, die der Organisation Krankenhaus zur Lösung seiner Aufgaben zur Verfügung stehen, nur als *Wechsel der Personalressourcen* disponibel hält, am *errechneten* Optimum der erwünschten Fallzahlsteigerung jedoch bedingungslos festhält. Die eigenen Gestaltungsspielräume werden nicht im Sinne eines Managements realisiert, dass Komplexität aufbaut und versucht die unterschiedlichen Rationalitäten zu bedienen, sondern eher einer ökonomischen Vorsehung geopfert, die lediglich nach den passenden »Erfüllungsgehilfen« (Herr Falter) sucht, die die gesteckten Ziele umsetzen, ohne Zweifeln ausreichend Raum zu gewähren, ob diese überhaupt umgesetzt werden können, oder ob nicht ganz andere Dinge in Frage stehen müssten (»Das war nicht genug. Und das hat man auch in diesen Schwerpunktzahlen *gesehen*. Sodass man *wusste*, also, wenn dann ist dort noch Luft. Es müssen da halt andere Personen ans Werk«, Hervorhebung K.M.). Hieraus resultiert der Kurzschluss, relevante Controlling-Daten mit personalwirtschaftlichen Mitteln zu verbinden und den ökonomischen Erfolg vermittels Rekrutierung von Netzwerkpersönlichkeiten sicherzustellen.

Die Sicherheit einer Managementpraxis, die sich auf Rechenpläne und deren Objektivität beruft, lässt auch Herr Helmstedt, Frau Martens Vorgesetzter, in der nächsten Sequenz aufblitzen. Noch viel entscheidender aber gibt er Aufschluss darüber, wie im Fall von auftretenden Unsicherheiten im Wirtschaftsbetrieb Krankenhaus verfahren wird:

> »*Interviewer:* Also, was ist so Ihr Ansatz oder Ihre Erfahrungen, was brauch es, um mit diesen Unsicherheiten, die ja immer wieder in der täglichen Behandlungspraxis aufkommen, also auf medizinischer Seite als auch eben auf kalkulatorischer Seite, ökonomischer Seite auftreten. Welche Mechanismen helfen Ihnen denn da, um mit diesen Unwägbarkeiten umzugehen, aus Ihrer Erfahrung?
> *Herr Helmstedt:* Ja, unsere Controller. Also wir haben ja, wenn wir jetzt einmal von der Jahresphase ausgehen, haben wir ja unseren Wirtschaftsplan, ja? Wir haben unseren Leistungsplan, wir haben unseren Wirtschaftsplan, wir wissen was wir in etwa leisten wollen, wir wissen welche Schwerpunkte sich wohin entwickeln, wir wissen was wir aufbauen wollen, wir wissen genau, was wir an welcher Stelle tun wollen und dieses bricht sich herunter, auf Quartalsebene, auf Monatsebene, das ist das tagtägliche sich-zurecht-machen, wie wir immer so gerne sagen, ja? Sich tagtäglich zurechtmachen und wenn dann bestimmte Dinge kritisch sind, in der Entwicklung ja? Kritisch insofern, dass wir nicht wissen, Mensch, wie sehen denn das die Kassen? Ist das in unserem Versorgungsauftrag drin? (…) Ist da so eine Grauzone, über die man diskutieren kann? Dann sind die Mechanismen

> schon so, dass unsere Chefärzte genau wissen, okay, das ist mein Schwerpunkt. Den wollen wir aufbauen. in der Regel meistens ist es dann so, wo wir dann wieder den Chefarzt anrufen und sagen, zieh das Ding durch. Mach den Patienten, behandle den Patienten. Oft ist es auch so, dass wir bewusst auch in Kauf nehmen und sagen, komm, bei dem Fall, dann streiten wir uns halt. Dann streiten wir uns mit der Krankenkasse, also streiten heißt dann aber auch klagen.«

Die Frage des Interviewers nach der Bearbeitung von »Unwägbarkeiten« in medizinischer wie betriebswirtschaftlicher Hinsicht pariert Herr Helmstedt mit Verweis auf seine »Controller«. Das Einhegen von Risiken wird über die Erstellung von jährlichen Wirtschaftsplänen, in denen sich Produktions- und Entwicklungsabsichten manifestierten, und dem Wissen, »welche Schwerpunkte sich wohin entwickeln« sichergestellt. Das Herunterbrechen dieser Pläne und Einschätzungen auf Quartals-, Monats- bis hin zu Tagesbetrachtungen, das »Sich tagtäglich zurechtmachen«, erscheint als Managementpraxis schlechthin. Die ständige Rekursion auf vergangene Pläne und deren Kontrolle aus der Jetzt-Perspektive läuft auf eine fortlaufende Suche nach Dingen hinaus, die »kritisch« sind, weil sie Abweichungen vom Plan produzieren könnten.

Jedoch gelten nicht die eigenen Pläne und Berechnungen als unsichere Größen, sondern andere Akteur*innen und Vorgaben, die das kalkulierte Ereignen der geplanten Zukunft zu durchkreuzen drohen. Eine besondere Aufmerksamkeit wird Leistungsschwerpunkten gewidmet, die mit der Wachstumsstrategie des Hauses zusammenhängen. Hier ist die Strategie, das zeigt das Beispiel, sich zur Erreichung der eigenen Leistungspläne in eine versorgungssystemische »Grauzone« zu bewegen. Diese ist dadurch gekennzeichnet, den »Versorgungsauftrag« auszuweiten, was so viel heißt wie, dass Behandlungen durchgeführt werden sollen, die bislang nicht in den mit den Krankenkassen verhandelten Leistungsvereinbarungen enthalten sind. Es steht hier also die gemeinsame Kalkulationsbasis der Leistungserbringer*innen und Kostenträger*innen zur Disposition, denn schließlich bringt das Abschließen eines Versorgungsauftrags rechtlich bindend zu Papier, welche Leistungen ein Krankenhaus leisten darf bzw. eine Krankenkasse im Krankheitsfall der Versicherten nach erfolgter Behandlung durch das Krankenhaus übernehmen muss. Herrn Helmstedts Praxis einer Mengenausweitung beruht nun darauf, die Definition des eigenen Produktportfolios auszuweiten, das Portfolio zu *diversifizieren*, und darüber mit den Kostenträgern, den Krankenkassen, zu streiten. Nicht selten wird in der Praxis, wie ersichtlich wird, die in der Leistungsvereinbarung *nicht* enthaltene Behandlung nach Absprache zwischen behandelndem Arzt und Geschäftsführung bzw. Controlling *wider besseren Wissens* durchgeführt und billigend in Kauf genommen, dass über den Streit ein Gericht befinden muss. Über den Umweg des Rechts, ähnlich wie schon zuvor beim Beispiel der privatrechtlichen Lösung zwischen dem Chef- und Kassenarzt Schmidt und des Geschäftsfüh-

rers Fürstenberg (siehe 6.3), sollen also die Leistungsbefugnisse der Krankenhäuser ausgeweitet, der potenzielle Marktanteil hier in Form eines Produktionsrechts per Richterspruch erhöht werden. Der Chefarzt taucht dabei in seiner Funktion als »Erfüllungsgehilfe« (Herr Falter) einer Markterschließungs- bzw. Expansionsstrategie der Geschäftsführung auf, die mit den auf Kosteneinsparungen fixierten Krankenkassen nicht am Verhandlungstisch Platz nehmen, sondern »bewusst« im Gerichtssaal zusammentreffen will, und die dem Chefarzt am Telefon zuruft: »zieh das Ding durch«.

Das nun folgende Beispiel von Frau Henschel, Geschäftsführerin desjenigen kleinstädtischen Hauses[39], in dem auch der weiter oben vorgestellte Herr Blumenthal (vgl. Kapitel 6.3) als Ärztlicher Direktor und Chefarzt tätig ist, weist in diesem Zusammenhang auf etwas tieferliegendes hin. Zahlen fungieren gemäß der Verpflichtung des Managements, die sich selbst oder fremd auferlegten numerischen Ziele zu erreichen, als *externe* Referenz für Entscheidungen, die auf einem spezifischen *Verifikationsmodus* der Betriebswirtschaft beruhen. Nach dem Funktionieren des konzernweiten Qualitätsmanagements gefragt, lässt Frau Henschel Folgendes wissen:

> »Wir generieren aus den Routinedaten aus den [Zahl] Abrechnungsdaten faktisch unser Qualitätsmanagementsystem. Was machen wir, wir haben für verschiedene Krankheitsbilder, einfach ein medizinisches Ziel definiert. Von mir aus Todesrate bei Herzinfarkt, in einem entsprechenden Risikocluster. Und sagen nach statistischem Bundesamt risikoadjustiert versterben so und so viel Prozent. Und gucken nach, wo stehen wir mit dem Haus. Und so hat je nach Hausgröße und Hausnutzer gibt es unterschiedliche Anzahl von Zielen. Dieses Haus hat [Zahl] Ziele, wir haben letztes Jahr [Zahl] von [Zahl] erreicht. Das ist für das erste Jahr schon sehr gut. [...] Und das wird monatlich intern reportet. Und wir setzen uns einmal im Jahr in der entsprechenden etwas lesbareren Form auf die Homepage. [...] Weil wir der festen Überzeugung sind, nur das schafft die notwendige Einsicht, dass man gegebenenfalls Dinge nach innen verändern muss. Also wir schreiben nicht jeden Prozess auf, und wenn die Abteilung das für sich für richtig befindet, dann kann sie das gerne tun. Kann auch sinnvoll sein, und notwendig. Aber wir messen unsere Qualität nicht daran, dass wir sagen, wir haben alles schön aufgeschrieben. Ja, wir gucken uns die Output-Qualität an.
> *Interviewer:* Diese Ziele, sind das irgendwie so allgemeine Ziele fürs Haus? Oder haben Sie da noch auch Ziele für die Kliniken?
> *Frau Henschel:* Die medizinischen Ziele, was ich jetzt gerade beschrieben habe, das sind wie gesagt Ziele entsprechend des Leistungsspektrums. Also von mir aus

39 Zur Erinnerung: Das ehemals konfessionell getragene Haus »Verolina« wurde kurz vor oder bereits sich in der Insolvenz befindend verkauft und ist nun in der Hand eines privaten Klinikkonzerns, der das Haus sanieren will.

> Todesfälle bei Schenkelhalsfrakturen, Sepsis, Beatmung, was auch immer. Davon haben wir hier [Zahl]. Und Sie machen natürlich eins, dass Sie für sich festlegen, was wollen Sie in so einem Jahr erreichen, damit Sie Ihren Wirtschaftsplan erreichen. Und daraus leiten Sie ja faktisch Ihre Maßnahmen ab. Wenn Sie sagen, ich möchte irgendwie [Zahl] Prozent Leistungszuwachs haben, dann können Sie sich das ja schön aufs Papier schreiben. Sie werden es ganz bestimmt nicht haben, wenn Sie sich nicht überlegen, wie kommen Sie da hin, was wollen Sie machen. Und das machen, wir machen die Wirtschaftsplanung im Sommer. Gehen im September in die Verteidigung im Unternehmen. Also von daher sind wir da relativ zügig getaktet, also spätestens ab Mai, Juni mache ich mir sehr konkrete Gedanken dazu, was ich im Folgejahr machen möchte. Weil klar ist, was wird erwartet, ein positiver Deckungsbeitrag. Also ein lukratives Ergebnis. Im ersten Jahr nach Übernahme [Zahl] Prozent, im nächsten Jahr [Zahl], [Zahl], [Zahl], bis wir bei [Zahl] Prozent sind. Und wie gesagt, also wenn Sie jetzt irgendwie einen gewissen Satz erreicht haben, und im nächsten Jahr von [Zahl] auf [Zahl], oder von [Zahl] auf [Zahl] Prozent springen wollen, das passiert ja nicht aus sich heraus. Also machen Sie sich Gedanken, wie sieht Ihr Personalmix aus, Sie machen sich Gedanken, wie sieht Ihr Leistungsmix aus, welche Themen wollen Sie besetzen, wo soll es herkommen. Wie gesagt, nur dadurch, dass wir es aufschreiben, ist es ja nicht da.«

Frau Henschel verantwortet demnach eine Wirtschaftsplanung, die eine vom Konzern klar vorgegebene Erwartung erfüllen soll (»positiver Deckungsbeitrag«) und mit einem Übernahmeplan hinterlegt ist, der die prozentualen Steigerungsraten Jahr für Jahr genau ausweist. Eine Antwort auf die Frage, »wo soll es herkommen« zu finden, macht den praktischen Kern ihrer unternehmerischen Verantwortung aus. Es lässt sich hier zunächst der Übergang von einer Bedarfs- zu einer erwerbswirtschaftlichen Orientierung exemplarisch zeigen. Die wirtschaftlichen Planungen spiegeln nicht die Bedarfe des lokalen Versorgungssystems wider, sondern basieren auf der Messung und Analyse einer »Output-Qualität« medizinischer Leistungen, die mit Zielen hinterlegt werden und welche die Renditeerwartungen (»lukratives Ergebnis«) des Krankenhauskonzerns, in dessen Rahmen der Standort von Frau Henschel agiert, widerspiegeln.[40]

---

40 Pars pro toto gibt Frau Henschel dann auch einen Einblick in ihre Überzeugungen als Geschäftsführerin, als sie von den Informationsveranstaltungen, die nach Übernahme des Hauses durch den Klinikkonzern angeboten wurden, erzählt: »Wo wir was zu unseren Zielen gesagt haben, wo wir was zu dem Intranet erklärt haben, zur Fort- und Weiterbildungsplanung gesagt haben,auch ganz klar was dazu erläutert haben, warum wir hier als Unternehmen, vom Krankenhaus insgesamt auch wirtschaftlich arbeiten müssen. Ist das ethisch oder unethisch, im Krankenhaus Gewinn zu machen. Ich halte das für unsere einzige ethische Verpflichtung, die wir haben, Gewinne zu machen, weil wir das am Ende auch den Patienten

Die planerische Kontrollfiktion buchstäblich vor Augen (»nur dadurch, dass wir es aufschreiben, ist es ja nicht da«), werden hierzu der »Personalmix« und »Leistungsmix« analysiert und überlegt, welche Themen man hierbei »besetzen« kann. Im Ergebnis erscheinen Controlling-Daten und wirtschaftliche Ziele nicht – wie bei Frau Martens und Herrn Helmstedt noch – an qualitative Kategorien wie »Persönlichkeit« oder eine rechtliche »Grauzone« rückgebunden, sondern gehen vollständig in einem betriebswirtschaftlichen Rechenkalkül auf, das über die Arithmetik der DRG konstruiert und abgebildet wird und das vorgibt, ein *mögliches Optimum* der Mischung von Kosten und Erlösen nicht nur anstreben, sondern *autologisch* berechnen zu können. Dabei bleibt trotz allem offen, wie eine derartige ökonomische Rechenmaschine funktioniert, wie also die erwünschte wirtschaftliche Dynamik erzeugt (»besetzt«) werden kann. eine weitere Sequenz hierzu:

»*Interviewer:* Und was sind jetzt so aktuelle Schrauben, wo Sie versuchen, bisschen zu drehen?
Frau Henschel: Also wie gesagt, wir sehen jetzt grade mit großem Fokus die Änderungen im Bereich der Inneren Medizin, gestalten wir. Wir sind immer noch sehr stark in der Aufbauphase, was das Thema Unfallchirurgie angeht. Haben jetzt grad einen frischen Schockraum gebaut, was die ganze Versorgung von schwer betroffenen Patienten angeht. Und wir müssen auf jeden Fall die Tumorchirurgie im Bereich der viszeralen Chirurgie ins Haus holen. Da wird es irgendwie passieren.
Interviewer: Sind das, Sie setzen sich auch mit den Chefärzten zusammen, und handeln das dann auch aus, welche Ziele das jetzt sind?
B: Ja, ganz genau, wir machen eine Leistungsplanung, schauen nach, was braucht es dazu, was muss ich unterstützen, was müssen die aus sich heraus machen? Welche Maßnahmen wollen sie machen, welche Kommunikationsmittel brauchen sie, und so weiter (…) Also zu sagen, wie viele Case Mix-Punkte hat die Chirurgie im letzten Jahr gemacht, wohin wollen wir das nächste Jahr entwickeln, und was braucht es dazu, um da hin zu kommen? (…) Und am Ende muss er sich selber überlegen, was er tut, um das Fallzahlwachstum auch hinzubekommen. Also das diktiere ich ihm nicht in die Feder.
Interviewer: Und was ist, wenn er das nicht hinkriegt, also gibt es da?
Frau Henschel: Dann müssen wir gucken, woran es liegt. Und wenn es ganz schlecht läuft, dann müssen wir auch gucken, ob der Stellenplan noch zur Leistung passt. Und dann im Extremfall, toi, toi, toi, hab ich noch nicht gehabt,

---

auch da drüber zurückgeben. Wo soll sonst das Geld für Investitionen in Medizintechnik und Gebäude auch herkommen? Fällt ja nicht vom Himmel. Unsere Fallpauschalen zahlen das nicht.« Man möchte erwidern: die Fallpauschalen sollen die Kosten für Medizintechnik und Gebäude, die Teil der Investitionskostenfinanzierung der Länder ist, auch gar nicht bezahlen, sondern sind für die Betriebskosten reserviert.

dann kann es natürlich auch sein, dass man sich auch voneinander trennt. Insbesondere wenn die medizinische Qualität nicht stimmt. Kann man nicht ausschließen. (…)
Interviewer: Und ist das vom Träger eigentlich festgesetzt, sozusagen, wie die weitere Entwicklung?
Frau Hentschel: Das ist ja das, was ich vorhin sagte, [Zahl], [Zahl], [Zahl], Zahl], [Zahl] Prozent.
Interviewer: Genau, und das ist sozusagen eine quasi unverrückbare Regel.
Frau Hentschel: Genau.«

Es wird ersichtlich, dass kostenintensive Investitionen in Gebäude und Medizintechnik getätigt werden, um das vorhandene Leistungsspektrum der Inneren Medizin und der Chirurgie des Hauses auf- und weiter auszubauen. Ob dies gelingt, muss zunächst unklar bleiben, wenngleich Frau Henschel die vage Hoffnung hat: »Da wird es irgendwie passieren«. Die Investitionen des Konzerns stehen in einem unmittelbaren Zusammenhang mit den erwarteten Leistungs- und Renditezuwächsen, die unmittelbar auf die Leistungsvereinbarungen mit den Chefärzt*innen runtergebrochen werden. Diese sollen das »Fallzahlwachstum« eigenständig erreichen, die Methoden und Wege dorthin also selbst wählen, während die Geschäftsführung Investitionen hierfür tätigt und gegebenenfalls »Kommunikationsmittel« bereitstellt. Die Wachstumsarithmetik des Konzerns fungiert hier als »unverrückbare Regel«, dem sich auch Frau Hentschel unterordnen muss, während sie bei Schwierigkeiten und der Nicht-Erfüllung der gesteckten Ziele immerhin noch über die Ultima Ratio einer Geschäftsführung verfügt, Stellen unzureichend performender Chefärzt*innen neu zu besetzen.

Wie das möglichst gewinnbringende Ende eines solchen Projekts verstärkten Leistungswachstums und dazugehöriger Diversifikation ausschaut, wird in einer nächsten Sequenz in Augenschein genommen. Diese zitiert Herrn Habert, Vorsitzender der Geschäftsleitung des großstädtischen Hauses »Angelios« in konfessioneller Trägerschaft. Er wird im Folgenden zur Entwicklung einer großen und wirtschaftlich erfolgreichen Geburtsstation in seinem Haus befragt wird und gibt folgendes zu Protokoll:

»*Interviewer:* Und würden Sie jetzt sagen, dass zum Beispiel diese Geburtsstation oder dieser Ausbau die richtige Entscheidung war, jetzt so im Nachhinein?
Herr Habert: Absolut.
Interviewer: Nach 3 Jahren ja mittlerweile, ja.
Herr Habert: Ja, also da sind wir ganz sicher, dass das die richtige Entscheidung war unter vielerlei Gesichtspunkten, nicht. Unter medizinischem Gesichtspunkt, wir glauben, dass wir da hervorragende Leistungen anbieten. Auch unter emotionalen Gesichtspunkten, das steht unserem Haus gut an, dass wir hier der größte Geburtshelfer in [Region] Deutschland sind (…). [.] das ist ein gutes Thema. Das

ist schön emotional, nicht. Das passt aus ganz vielen Aspekten und es passt auch finanziell. Kann auch mit einfach bezahlten Geburten, weil – Geburt ist jetzt nicht der Kracher unter den DRG-Vergütungen.
Interviewer: Das habe ich nämlich jetzt auch schon mal gehört, dass jetzt Geburt ist jetzt nicht gerade der Schwerpunkt, wo man/
Herr Habert: Genau, aber auch da ist es dann wieder am Ende Betriebswirtschaft und Unternehmertum, nicht. Was sich nicht rechnet ist, wenn Sie eine Geburtshilfe mit 500 Geburten haben. Das will man nicht haben. Das, da können Sie die Grundstrukturen nicht aufrechterhalten, nicht. Das ist wie mit, auch da wieder, wie mit anderen Dingen im Leben, nicht. Das kann man einfach nicht bezahlen, weil man die Grundstruktur am Kreissaal, an nächtlicher Vorhaltung, an dies, an jenem, so. Das funktioniert nicht mit 500 Geburten. Das funktioniert immer besser, je mehr Sie über 1.000 Geburten kommen und bei 1.500 funktioniert das so schon ganz gut, bei 2.000 funktioniert das erst recht ganz und bei 3.000 Geburten ist das im Prinzip wie beim Autobau, nicht. Einen modernen Golf kann man auch nicht in der Stückzahl 100 bauen, sondern da braucht man schon auch eine gewisse Serienproduktion, nicht. Und so, das ist bei [Zahl] Tausend, wir sind ja mit [Zahl] Geburten waren es im letzten Jahr, sind wir die [Zahl] größte Geburtshilfe in ganz Deutschland, nicht, also so, also wenn es damit nicht geht, dann würde ich sagen, dann werden in Deutschland demnächst keine Kinder mehr geboren.
Interviewer: Ja, zumindest nicht im Krankenhaus (lacht).
Herr Habert: Jedenfalls nicht mehr im Krankenhaus, genau, ja.«

Herrn Habert bewertet den Ausbau der Geburtsstation »unter vielerlei Gesichtspunkten« rückblickend als »richtige Entscheidung«. Er vollzieht daraufhin eine bemerkenswerte Verknüpfung unterschiedlicher Aspekte. Herausragende medizinische Leistungen werden eingepasst in eine Unternehmensstrategie, die auf Geburten abstellt, weil »das ist ein gutes Thema. Das ist schön emotional, nicht.« Die für die Außenwirkung des Hauses mit positiven Emotionen aufgeladene Schwerpunktsetzung auf das neugeborene Leben fällt zusammen mit einem unternehmerischen Stolz, die im DRG-System nur »einfach bezahlten Geburten« ökonomisch Profitabel gemacht zu haben. Geburten firmieren hier als beliebig herstellbare Produkte einer mathematischen Produktionsfunktion, die seine Elemente über ein zu berechnendes Optimum in Wert setzt und hierüber die Zweckmäßigkeit einer Krankenhausleistung bestimmt. Eine Leistung, die sich – wie von Geburten angenommen – »nicht rechnet«, kann am Ende durch »Betriebswirtschaft und Unternehmertum« profitabel und damit im Rahmen des erwerbswirtschaftlichen Prinzips mit *Sinn* aufgeladen werden. Die Krankenhaus-BWL macht hierbei das Unmögliche möglich: Sie macht das bezahlbar, was man »einfach nicht bezahlen kann«, da sie medizinische Behandlungen (hier: Geburten) in der Mengenbetrach-

tung als »Serienproduktion« konzipiert, die eben erst ab einem bestimmten Quantum »funktionieren«.

Was sich hier zeigt, ist die betriebswirtschaftliche Orientierung am *ökonomischen Gesetz* der tayloristischen Massenproduktion und Skaleneffekte (»economies of scale«), das der Vorstellung Ausdruck verleiht, eine *optimale Relation* von Kosten und Erträgen berechnen zu können. Da ist es aus Sicht von Herrn Habert, der an die Objektivität der ökonomischen Theorien (ceteris paribus) glaubt, richtig zu folgern, dass Geburten in Zukunft wohl – analog zur Autoproduktion – »outgesourced« werden müssen, sich zurück in die Häuslichkeit und Hände von Hebammen oder Ambulanzen verlagern, wenn die gewünschte »Serienproduktion« nicht im nötigen Maße realisiert werden kann. Dies Eingeständnis einer nicht ganz problemlos *herzustellenden* Serienproduktion gepaart mit dem ironischen Ton, der hier mitschwingt, verdeutlichen, wie sehr Krankenhausmanager*innen um die Schwierigkeit der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen wissen.[41] Und doch können sie nicht umhin, an der Objektivität und (probabilistischen) Wahrheit der eigenen Recheninstrumente festzuhalten und daran zu glauben, die Brisanz des Zusammenhangs von Rationierung und Rationalisierung mit Hilfe serieller Produktion und ökonomischer Gesetzmäßigkeiten *optimal berechnen und damit steuern zu können*. Um es auf einen selbstreferenziellen Schluss zu bringen: Es muss sich eben nur rechnen, damit es sich auch lohnt. Ökonomische Berechnungen werden qua der Zuschreibung, einen *eigenen Zugang* zur Sphäre quasi-wissenschaftlicher Aussagen zu haben, mit einer Tatkraft versehen, die zum *selbstevidenten, unzweifelhaften* Maßstab medizinischer Leistungen und damit auch zur Richterin über die Güte von Managemententscheidungen in Krankenhäusern wird.

Zwischen Fundamentalkritik und pragmatischen Lösungen: Der ärztliche Umgang mit Zahlen als objektiven ökonomischen Tatsachen Welche Orientierungen lassen sich diesbezüglich nun bei den bereits dargestellten Chefärzten finden? Die ersten Erläuterungen stammen von Herrn Peters, der bereits in Kapitel 6.2 auftrat, seines Zeichens Chefarzt für Chirurgie des öffentlich getragenen, städtischen »Klinikum Wahlstädt« im Regionalverbund eines öffentlichen Krankenhauskonzerns.

> »*Interviewer:* Jetzt sagten Sie, dass Sie [Jahreszahl] hier begonnen haben, das fällt ja wahrscheinlich ungefähr in die Zeit, wo auch das DRG-System (Herr Peters stimmt zu) eröffnet worden ist. Können Sie ein bisschen aus Ihrer Erfahrung schildern, wie sich das in Ihrem Alltag, in Ihrem klinischen Alltag, in Ihrer Praxis, aber auch in der Zusammenarbeit mit der Krankenhausleitung darstellt?

---

41 Kosten senken bei gleichzeitiger Hebung des Qualitäts- und Produktionsniveaus, Festpreisen und sinkenden Investitionsfördermitteln sowie fluktuierenden Vergütungsniveaus differenziert nach Krankheiten, Operationen und Prozeduren. Siehe 4.2 für eine ausführlichere Darstellung.

Herr Peters: Also zunächst mal, das DRG-System war mir jetzt nicht neu und auch kein Buch mit sieben Siegeln. Ich hatte noch in den letzten Jahren, wo ich der leitende Oberarzt war in der orthopädischen Uniklinik in [Ort], auch so ein Healthcare-Management-Aufbaustudium gemacht (…) im Prinzip, muss man sagen, ist es sicherlich auf der positiven Seite nicht verkehrt, dass man versucht, über die DRGs Prozesse abzubilden, andererseits muss man natürlich sagen, dass das, wie in jedem System, dazu führt, dass man mehr und mehr auch in DRG-Welten lebt und alsdann auch dazu führt, dass man in morgendlichen Besprechungen durchaus auch Fälle unter DRG-Gesichtspunkten diskutiert. (…) Es geht so weit, dass in diesem Unternehmen sogar im Sinne des Right-Coding, (…) auch inzwischen Controller mitlaufen bei den Visiten, wie man überhaupt sagen muss, dass seitdem ich hier bin, die Anzahl der Mitarbeiter, die im Controlling-Bereich arbeiten, explodiert ist. (…) Ja, es ist natürlich in der Berufsgesellschaft und unter uns Ärzten wird natürlich auch schon zu Recht, denke ich, über die ethische Vereinbarkeit von diesen DRGs an der ein oder anderen Stelle heftig diskutiert. Ich gehöre noch zum Glück zu denjenigen, die einen Vertrag haben, der im Wesentlichen aus einem Basisgehalt besteht und zu einem kleineren Teil aus einer Variablen, bei der auch das wirtschaftliche Ergebnis der Klinik mit eingeht Ich achte auch drauf, dass das wirtschaftliche Ergebnis erreicht wird (…) wobei aber natürlich das Unternehmen den Fehler macht meiner Meinung nach, und wahrscheinlich nicht nur unseres, (…) dass sie zumindest in meiner Abteilung jedes Jahr so Steigerungsraten von 30 bis 40 Prozent vorgibt, was natürlich vollkommen utopisch ist. Warum das so gemacht wird, ob das gemacht wird, politisch gemacht wird, um einmal jemanden extrem zu motivieren oder auch um den Aufsichtsrat zu besänftigen mit außergewöhnlichen Prognosen, ist mir bis zum heutigen Tage ein Rätsel geblieben. (…) Ich will es mal so umschreiben: Dass die betriebswirtschaftlichen Anforderungen, die im Rahmen von Zielvereinbarungen an mich gestellt worden sind (…) stärker geworden sind. Es ist sicherlich auch weniger in einem Dialog auf Augenhöhe entschieden worden, wie das anfangs der Fall war; also kurz und gut mit Entscheidungen, wie ich es teilweise zielführend gefunden hätte, dafür gibt es immer weniger Spielraum, sondern man hat schon mehr und mehr das Gefühl, dass so ein Management mehr so ein Top-down-System entwickelt und auch gelebt wird. Ja.
(…) Man fängt schon an natürlich auch als Klinikleiter, sich strategisch Gedanken zu machen, wohin sich das eigene Fach entwickelt, wo sozusagen auch Abwertungen in der Fallschwere zu erwarten sind und wo Aufwertungen stattfinden. Man versucht sich dann natürlich, auch im Markt so zu positionieren, dass man dort, wo Aufwertungen sind, gut aufgestellt ist, dass man auch entspre/mehr Fälle versucht zu generieren oder eben auch weniger Fälle mit höheren Fallschweren. Also das, ich will damit sagen, das betriebswirtschaftliche Denken ist eigentlich heute bei jedem leitenden Arzt und selbst, glaube ich, auch auf der nächsten

Führungsebene bei den Oberärzten ist das durchaus vorhanden und beeinflusst uns in der Entscheidungsfindung, ja.«

Angesprochen auf seine Erfahrungen bezüglich der Einführung der DRG in seinen »klinischen Alltag« präsentiert sich Herr Peters als jemand, der sich mit dem DRG-System gut auskennt und sogar ein Management-Aufbaustudium absolviert hat. Er bewertet die Möglichkeit mit Hilfe der DRG »Prozesse abzubilden« einerseits als prinzipiell durchaus begrüßenswerten »Versuch«. Auf der anderen Seite steht für ihn aber als Konsequenz ein immer tieferes Einleben in »DRG-Welten«, die die ärztliche »Führungsebene« in seiner Entscheidungsfindung insgesamt beeinflussen. Ein Umstand, den er mit dem Systemcharakter der DRG zusammenbringt. Im Verlauf seiner Darstellung wird klar, wie facettenreich und umfassend das Einleben sich vollzieht. Sequentiell betrachtet beginnt der Einfluss bereits bei der morgendlichen Fallbesprechung auf Station und endet mit strategischen Planungen der eigenen medizinisch-fachlichen Leistungsziele und Versorgungsschwerpunkte im Chefarztbüro.

Die Instrumente des Managements stellen sich gerade deshalb als *Objektivität* dar, weil sie eine umfängliche Matrix und hierüber *eigene* Referenzen aufbauen. Auch wenn dies bei Vertretern einer anderen Wertsphäre, der ärztlichen Professionalität, *ethische Fragen* aufwirft, wie Herr Peters zugibt, wird die eigene Korrumpierbarkeit zur *graduellen* Angelegenheit herabgestuft, die als anteilige (»zum Glück« geringe) Kopplung des eigenen Gehalts an variable (sprich: erfolgsabhängige) Vergütungselemente, die mit der Erfüllung der individuellen Leistungsziele einhergehen, erscheint (siehe zum Thema Leistungsvereinbarungen 4.2.2). Herrn Peters Streben soll sich darauf richten, das wirtschaftliche Ergebnis zu erreichen, was umfasst, »mehr Fälle [...] zu generieren oder eben auch weniger Fälle mit höheren Fallschweren«, damit eine vorteilhafte Marktposition zu erreichen und für zukünftige Vergütungstrends bestens »aufgestellt« zu sein. Ohne Transparenz (siehe Kapitel 6.1 zur Erläuterung des Transparenzbegriffs) darüber, wie die Steigerungsraten zustande kommen, noch mit welcher strategischen Intention sie von der Geschäftsführung eingefordert werden[42], treten sie Herrn Peters als faktisch gegebene Entitäten entgegen, die nicht (mehr) grundsätzlich zurückgewiesen werden können. Auch die als »vollkommen utopisch« desavouierte Fixierung des Managements auf »Steigerungsraten von 30 bis 40 Prozent« führt bei ihm nicht dazu, die Raten und damit wirtschaftliche Leistungspläne und deren Objektivität *per se* in Frage zu stellen, lediglich ihre Höhe.

Allerdings entwickelt er, wie unter Kapitel 6.2 in aller Ausführlichkeit rekonstruiert wurde, im Konzert mit seinem Fachkollegium eine konjunktive Praxis des

---

42 Herr Peters: »ob das gemacht wird, politisch gemacht wird, um einmal jemanden extrem zu motivieren oder auch um den Aufsichtsrat zu besänftigen mit außergewöhnlichen Prognosen, ist mir bis zum heutigen Tage ein Rätsel geblieben«.

Zahlentausches, mittels derer versucht wird, sich über die Relevanz und Objektivität der numerischen Vorgaben und ökonomischen Ziele gemeinsam zu verständigen. Vor allem deshalb, weil diese weder individuell mit dem Krankenhausmanagement infolge der »Top-Down« Steuerung verhandelbar, noch im Rahmen von Gremiensitzungen unter *Anwesenheit* der Geschäftsführung adressierbar erscheinen, ohne *zugleich* die Machtfrage zu stellen. Denn die Steigerungsraten sind nicht nur sukzessive ins Utopische gewachsen, sie werden vermehrt auch nicht mehr »auf Augenhöhe« bestimmt und gemeinsam ausgehandelt. Mit Verweis auf einen stetig kleiner werdenden »Spielraum« zeigt sich der Zusammenhang zwischen den Zielvorgaben und der Art und Weise ihrer Durchsetzung: Je unrealistischer die Zahlen, desto weniger verweisen sie auf eine nachvollziehbare Genese und desto eher werden *machthierarchische* Mittel zu ihrer Absicherung herangezogen. Anstatt eine Diskussionsgrundlage für die gemeinsame Entscheidungsfindung zu bieten, werden Zahlen als *Agenten einer errechneten Faktizität und Objektivität* dazu verwendet, hierarchische Botschaften zu platzieren, die Verhandlungen erübrigen und Gefolgschaft produzieren (sollen).

Kontrastiert wird nun mit Herrn Schlenk, Ärztlicher Direktor und Chefarzt für Innere Medizin des privat getragenen, städtischen »Klinikum Wahlstädt«, dem sein Kollege Herr Falter (Kapitel 6.1), Geschäftsführer Herr Helmstedt sowie der Chef-Controller Herr Sievers und die Klinik- und Qualitätsmanagerin Frau Martens angehören:

»*Interviewer:* (…) Wenn man jetzt nochmal vielleicht speziell über das Controlling spricht, was hat sich denn seit Einführung der, des DRG-Systems aus Ihrer Sicht hier vor Ort geändert?
Herr Schlenk: Naja, gegen Ende des Jahres kommt der Controller und bespricht mit einem, was man im nächsten Jahr leisten will. Beim ersten Mal habe ich gedacht, der spinnt, als er mich gefragt hat, wie viele Herzinfarkte ich im nächsten Jahr zu behandeln gedenke, (…) und mittlerweile (lacht) weiß ich, dass er nicht mehr spinnt, sondern dass das die Vorgaben von Krankenhausmanagern sind, und dann nicke ich immer alles ab. Ist mir völlig egal, was der da reinschreibt. Also bezüglich der konkreten Krankheiten, was er da, da nimmt er einfach die Zahlen vom letzten Jahr und dann sagt er, bleibt das so ungefähr für das nächste Jahr, und dann sage ich, ja, ja. Aber wir behandeln die Patienten die kommen.
Interviewer: (…) Das heißt, Sie, wenn Sie dann von einem Controller Ende des Jahres mit den Erwartungen für das nächste Jahr konfrontiert werden, das dann abnicken, kommt es natürlich im Laufe des Jahres sicherlich dann immer wieder auch zu Diskussionen über diese Entwicklungen?
Herr Schlenk: Es wird jedes Mal, wir haben ja jeden Monat eine Krankenhauskonferenz, da sitzen da die Chefärzte und dann werden diese Leistungszahlen da präsentiert. Und ich habe da kein Problem. Erstens bin ich sowieso jetzt so lange

im Geschäft, und die innere Medizin hat stabile Zahlen, da ändert sich nicht viel, da bin ich relativ gelassen, aber für andere Fachabteilungen ist das, man wird so ein bisschen an den Pranger gestellt, wenn man nicht die Leistungszahlen halt hat, die geplant sind.«

Herr Schlenk bringt entgegen Herrn Peters eine grundsätzliche Indifferenz gegenüber einer spezifischen Situation zum Ausdruck, in der er sich den »Vorgaben von Krankenhausmanagern« gegenübersieht, die der Controller stellvertretend überbringt und im Zuge dessen mit ihm bespricht, »was man im nächsten Jahr leisten will«. Es wird an dieser Stelle ersichtlich, dass wirtschaftliche Planzahlen weder das Produkt einseitiger wirtschaftlicher Kalkulationen, noch Ergebnis einer rationalen ärztlichen Wahl sind, sondern erst in einem Praxisarrangement zwischen Arzt und Management – respektive auf Interaktionsebene zwischen Controller und Arzt – enaktiert werden. Der Austausch über die Entwicklungen bestimmter Eingriffe impliziert innerhalb der dargestellten Systematik, alljährlich danach zu fragen, »wie viele Herzinfarkte« Herr Schlenk im nächsten Jahr behandeln will. Pikanterweise zeigt sich die Interaktion als Aushandlungsprozess im Modus des »Als-Ob« (Goffman 1998, für Organisationen siehe Ortmann 2004, sowie weiter oben 3.3.4). Denn Herr Schlenk bestätigt die an ihn gestellten Erwartungen lediglich mithilfe eines performativen *Abnickens*, während er in seiner klinischen Praxis daran festhält, alle Patient*innen, die ihn aufsuchen, fernab jeder Zielarithmetik zu behandeln (»nicke ich immer alles ab. Ist mir völlig egal, was der da reinschreibt, […] dann sage ich, ja, ja. Aber wir behandeln die Patienten die kommen«). Die Betonung einer offenen, nicht-selektiven Patientenaufnahme bei gleichzeitiger Indifferenz gegenüber den festgelegten Zielparametern steht in Kontrast zu Herrn Peters, der vor allem eine Diskussion seiner bereits aufgenommenen Fälle unter »DRG-Gesichtspunkten« hervorhebt und sich gleichzeitig daran gebunden fühlt, seine ihm vorgesetzten Ziele zu erreichen (»Ich achte auch drauf, dass das wirtschaftliche Ergebnis erreicht wird«).

Das Gelingen des pragmatischen Arrangements fußt bei Herrn Schlenk auf zwei Prämissen: Zum einen liegt dies in seiner Einschätzung begründet, er sei »jetzt so lange im Geschäft« und die Innere Medizin habe ohnehin »stabile Zahlen«. Die Gelassenheit und Indifferenz gegenüber den betriebswirtschaftlichen Erwartungen basiert also auf seiner langjährigen Erfahrung *geringer Fallschwankungen* innerhalb des eigenen Fachs sowie der damit verbundenen Abwesenheit von *Kritik* innerhalb der Besprechung von Leistungszahlen in Leitungsgremien.[43] Stabile

43 »Krankenhauskonferenz, da sitzen da die Chefärzte und dann werden diese Leistungszahlen da präsentiert. Und ich habe da kein Problem. Erstens bin ich sowieso jetzt so lange im Geschäft, und die innere Medizin hat stabile Zahlen, da ändert sich nicht viel, da bin ich relativ gelassen, aber für andere Fachabteilungen ist das, man wird so ein bisschen an den Pranger gestellt, wenn man nicht die Leistungszahlen halt hat, die geplant sind«.

Zahlen erscheinen hier im Gegensatz zu den »utopischen Steigerungsraten«, wie sie bei Herrn Peters – dem Chirurgen – an der Tagesordnung sind, schon für sich genommen ein zufriedenstellendes Ergebnis zu sein, was auf unterschiedliche betriebswirtschaftliche Nutzungsstrategien von Zahlen und fachbereichsspezifische Produktionshaltungen (Chirurgie vs. Innnere Medizin) verweist. Denn die organisationsweit gültige Aspiration, sich an Zahlen zu orientieren, erstreckt sich hier auf unterschiedliche Ziele: geringe Volatilität einerseits bei Herrn Schlenk, starkes, kontinuierliches Wachstum andererseits bei Herrn Peters.

Zweitens fußt das Arrangement darauf, dass Herr Schlenk den durch den Controller vermittelten Zielvorgaben des Managements zugesteht, nicht irrationaler Natur zu sein (»spinnen«). Zwar stellt sich die Frage nach den Herzinfarkten zunächst als absurd dar, doch auch hier hat er gelernt, »gelassen« zu bleiben und die Vorgaben durch sein Abnicken grundsätzlich zu bestätigen. Er affirmiert hier betriebswirtschaftliche Kennziffern als *eigenständige, legitime Mittel* von »Krankenhausmanagern«, die auf diese Mittel zur Ausübung ihrer eigenen Tätigkeit angewiesen zu sein scheinen. Das pragmatische Arrangement stellt somit die grundsätzliche Übereinkunft zwischen Chefarzt und Geschäftsführung dar, die Verabredung von numerischen Zielen als Funktionserfordernis des Krankenhauses zu vollziehen und die Zusammenarbeit nicht mit Machtansprüchen im Gewand ökonomischer *Notwendigkeiten* zu vergiften (vgl. Kapitel 6.1, Herr Helmstedt: »Aber wir müssen schon zusehen, dass wir hier schwarze Zahlen schreiben, dass wir Überschüsse erwirtschaften, um auch eben notwendige Investitionen vorzunehmen. […] Und dieses Denken muss bei den Chefärzten da sein. Das funktioniert gar nicht anders.«). Die Kennziffern und Zielvorgaben erfüllen also nicht bloß einen kommunikativen Selbstzweck, sondern machen das Arrangement in der Praxis überhaupt erst möglich. Was geschieht hingegen mit dem Arrangement, wenn Probleme auftreten – etwa infolge unerreichter Leistungsvorgaben durch Herrn Schlenks Abteilung?

> »*Interviewer:* Und denken Sie, dass es aber schon aus deren Perspektive [der Geschäftsführung, Anm. K. M.] eine Beeinflussung, also nötig machen würde, wenn Sie als Geschäftsf/als ärztlicher Direktor und gleichzeitig als Chefarzt für innere Medizin, wenn das in Ihrer Abteilung da, wenn die Zahlen da nicht stimmen würden?
> *Herr Schlenk:* Naja, Zahlen, es gibt ja keine objektive Vorgabe, wie muss eine Zahl sein. Außer bei Verweildauern. Da gibt es natürlich schon was. Es gibt ja die InEK-Daten, anhand derer so ungefähr abgeschätzt wird, wie muss denn das hier sein, und wenn man da grob daneben läge, dann würden die natürlich schon mal nachfragen. Aber das tun wir nicht. (…) Und bei anderen Abteilungen, die die Planzahlen nicht erfüllen, da muss man sich halt überlegen, sind die Planzahlen realistisch, (…), und eine Geschäftsführung neigt schon dazu, sich irgendwelche

> Planzahlen auszudenken, die nicht erfüllbar sind, ja. Also das ist jetzt nur ein Beispiel, was ich mir ausdenke. Es gibt nicht beliebig viele Schlaganfälle. Und wenn Sie einer Stroke Unit vorschreiben, so und so viele Strokes zu machen, und die Leute kriegen halt keinen Schlaganfall, was wollen Sie da machen? Dann ist es halt unrealistisch. Und das muss man einem Geschäftsführer dann klarmachen. Das ist natürlich nicht unbedingt leicht, weil – dazu müsste man die Fallzahlen in [Stadt] kennen. Und dann sagt der womöglich, ja, ihr müsst halt die Apoplexie [Schlaganfälle, Anm. K. M.] von anderen Kliniken abziehen. Aber wie macht man das?«

Vom Interviewer gefragt, ob es »eine Beeinflussung« seitens der Geschäftsführung nach sich zieht, wenn in seiner Abteilung die »Zahlen da nicht stimmen würden«, weicht er der Proposition aus und nimmt eine grundsätzliche Perspektive ein. Er kehrt seine Skepsis gegenüber dem epistemologischen Status von Zahlen hervor und hält fest, dass es »keine objektive Vorgabe [gibt], wie muss eine Zahl sein.« Zahlen können nach dieser Auffassung nicht aus sich selbst heraus, als *deutungsunabhängige, autologische* Instanz, eine zwingende und eindeutige Lesart begründen, sondern müssen stets angeeignet und *interpretiert* werden. Einschränkend verweist er zwar auf die »InEK-Daten« (siehe die Erläuterungen hierzu unter 4.2.2), die als deutschlandweiter Vergleichsmaßstab durchschnittliche Verweildauern (Liegezeiten der Patient*innen) für Fächer bzw. Krankheiten angeben und in Beziehung zu den jeweiligen Daten der Krankenhäuser setzen lassen. Doch im Kern widerspricht er der Vorstellung, dass die vom Controlling erzeugten Zahlen, wie fehlerfrei und solide sie auch berechnet sein mögen, eine zweifels- und damit auch reflexionsfreie Form der Erkenntnis darstellen, die jede Diskussion über unterschiedliche Ansichten und Interessen erübrigen würde. Vielmehr wird – wie sich bereits bei Herrn Peters und seinen Schilderungen bezüglich der »utopischen Steigerungsraten« angedeutet hatte (siehe 6.2) – betont, dass numerische Vorgaben als mikropolitische Ressourcen dienen, denn »eine Geschäftsführung neigt schon dazu, sich irgendwelche Planzahlen auszudenken, die nicht erfüllbar sind«. Wenn jährliche Leistungszahlen nicht erfüllt werden können, so lehren sie immerhin, sich kontinuierlich an ihnen zu orientieren.

In der Zusammenschau mit Herrn Schlenks Schilderungen zur jährlichen Besprechung der Planzahlen wird klar, dass die Gültigkeit von Zahlen *in der Praxis* hervorgebracht werden muss, es in *Interaktionen zwischen* Akteur*innen in Form von Aushandlungsprozessen überhaupt erst entschieden werden kann, »*wie* muss eine Zahl sein« [Hervorh. K. M.]. Die verhandelten Zahlen sichern dann – wie dort besehen – zwar immer noch keine Entsprechung von Handlungserwartung und Handlungsvollzug (dies scheint unmöglich), sie erlauben es aber, einen stets im Hintergrund schwelenden, handfesten Machtkampf darüber, welcher epistemologische Status den betriebswirtschaftlichen Zahlen und damit den ureigenen Mit-

teln der Geschäftsführung zugesprochen werden kann, situativ aufzuheben. Herrn Schlenks Antwort impliziert im Umkehrschluss allerdings auch, dass der Rekurs auf eine vermeintliche Objektivität von Zahlen sehr wohl und prinzipiell jederzeit eine Rolle bei der hierarchischen »Beeinflussung« medizinischer Entscheidungen spielen kann.

Dies zeigt auch das Beispiel seines Chefarztkollegen, Herrn Falter (aus dem ersten Unterkapitel 6.1), der anhand einer Restrukturierung der OP-Belegung für alle operativen Fächern der Klinik einen Einblick gibt in den praktischen Zusammenhang zwischen *realistischen* Wirtschaftsplänen und deren kommunikativer Aushandlung. Der Restrukturierung vorausgegangen war eine von der kaufmännischen Geschäftsführung (Herr Helmstedt und sein Team) initiierte Verkleinerung der »Krankenhauskonferenz«, die auf Mitglieder der Krankenhausleitung sowie alle Chefärzt*innen eingegrenzt wurde. Die Schilderung der OP-Restrukturierung sehen wie folgt aus:

»*Herr Falter:* (...) wir haben hier, was die operativen Bereiche angeht, ein absolutes Nadelöhr, das ist der OP. Wir haben für die (.) Anzahl der operativen Eingriffe und die Zahl der operativen Fachabteilungen einfach zu wenig OP-Kapazität. Und es hat in der Vergangenheit immer wieder alle möglichen Versuche gegeben durch geschickte Aufteilung, durch Verlängerung von Saallaufzeiten und so weiter, und so weiter, in irgendeiner Art und Weise einen Ausgleich zu schaffen, der selten (.) geeignet war (...) alle Abteilungen weitestgehend zufriedenzustellen. (...) Und da hat es im April letzten Jahres als Ende eines Prozesses, der über drei Monate ging, eine Neuregelung gegeben und die ist ich denke für alle tragbar und hat aber der Abteilung Chirurgie einen deutlichen (.)/eine deutliche Entlastung gebracht, was Planbarkeit angeht und was letzten Endes auch Möglichkeiten angeht, die geforderten Leistungszahlen auch tatsächlich zu bringen. (...) Ich sage nicht, dass es jetzt absolut befriedigend ist, wir haben immer noch zu wenig OP-Kapazitäten, aber das betrifft alle und (.) der Umgang mit diesen geringeren Kapazitäten ist durch die offene Diskussion, die drei Monate lang geführt worden ist, sehr viel besser geworden. So, das ist aus chirurgischer Sicht ein Punkt, wo ich sagen würde, das war letztendlich der Reform der (.) Krankenhauskonferenz geschuldet, dass das so möglich war und dass es so gut funktioniert hat.
Interviewer: Können Sie so ein bisschen erläutern, wie jetzt diese Neuregelung aussieht, wie die funktioniert tatsächlich in der Organisation?
Herr Falter: Die sieht einfach so aus, dass bestimmte OP-Kapazitäten aus anderen Abteilungen (.) an die Chirurgie gegangen sind und dadurch eine gleich/eine mehr oder weniger bessere Gleichverteilung der tatsächlichen Saalauslastungszeiten/also wenn Sie vorher Abteilungen hatten, die vorher 80 Prozent Saalauslastungszeiten hatten und die Chirurgie hatte 120 oder 130 Prozent, dann sind es jetzt bei allen 95, 98 oder 100 Prozent. Und diese Verteilung war eben/oder diese

Umverteilung war über Jahre hinweg nicht möglich, weil natürlich jeder irgendwo sein (.) Bereich und seine Einflusssphäre gehütet hat und eigentlich nicht bereit war, ein bisschen über den Tellerrand hinauszuschauen, um zu gucken, wie man denn im gemeinsamen Gespräch für alle eine optimale Lösung finden kann, die dann letztendlich für die Klinik gut ist und nicht dazu führt, dass man halt in einem permanenten Kleinkrieg Chirurgie gegen Orthopädie Unfallchirurgie oder Chirurgie gegen HNO sich ja, (.) ob der geringeren/der geringen Kapazitäten zerfleischt hat. Das ist also/einfach durch die offene Diskussion haben wir einfach gesehen, wo die Problematik ist und wir haben einfach ein besseres Verständnis erlangt.«

Der Realismus der numerischen Zielvorgaben geht einher mit den Möglichkeiten zu ihrer praktischen Realisierung. Die durch Zahlen verkörperten Leistungsansprüche der kaufmännischen Leitung werden von Herrn Falter nicht grundsätzlich in Abrede gestellt, vielmehr fordert er hierfür Infrastrukturen ein, die das geforderte Leistungsniveau bewerkstelligen lassen. Ein überfüllter OP, der Wartezeiten und wohlmöglich auch die Abweisung von akut zu versorgenden Patienten notwendig macht, steht der ökonomischen Zielerreichung diametral entgegen. Hinzu kommt eine mikropolitisch festgefahrene Konkurrenzsituation zwischen den operierenden Fachbereichen, die hier abermals in ihrer individuellen Leistungsorientierung, dem von Schrappe (2007: 143) als ›Spartenkannibalismus‹ bezeichneten Problem organisationaler Dissoziation Ausdruck verleihen. Entgegen der Darstellungen von Frau Martens (siehe oben Fußnote 5) wurde der Konflikt – aus Sicht des Chirurgen – nicht über ein ausgefeiltes OP-Controlling erreicht, sondern fußte maßgeblich auf einem aufwendigen Restrukturierungsprozess, der die Schaffung einer vertrauensvollen Gesprächssituation zum Ziel hatte und dabei mithalf, gemeinsam »ein besseres Verständnis« für die Komplexität der OP-Situation zu erlangen und mikropolitische Interessenslagen auszutarieren. Angesichts des Umstands, dass die OP-Kapazitäten nach wie vor als unzureichend bewertet werden, ist dies ein beachtlicher Erfolg.

Den interaktiven Charakter betonen – freilich aus unterschiedlichen Richtungen – auch Herr Peters und Herrn Gelmann, die beide schon im vorangegangenen Kapitel zur Sprache kamen (vgl. 6.2, Krankenhaus »Akinovis«). Herr Gelmann gibt diesbezüglich weitere Einsichten zu Protokoll:

»*Interviewer:* Okay. Jetzt sagen Sie ja, dass Sie einmal monatlich mindestens mit der Geschäftsführung und dem Controlling zusammenkommen, um über solche Dinge zu sprechen. (…) Können Sie aus Ihrer Erfahrung kurz schildern, wie Sie die Funktion dieses Controllings wahrnehmen? Also ist das für Sie Informationsstütze oder ist das eher etwas, was Sie in die Defensive bringen kann oder wie nehmen Sie das, wie erleben Sie dieses, die Funktion des Controllings für Ihre Arbeit?

> *Herr Gelmann:* Ich, es ist ja vielschichtig. Im Endeffekt spiegelt das einfach unsere Leistung wieder. Und im Endeffekt muss man natürlich eine, das Jahr vernünftig geplant haben, sonst ist das so ein Controlling, wo man Ist und Soll nebeneinander einfach, ist ja Utopie, relativ früh, ja. Und wir haben eben Controllingzahlen, die entstehen circa 14 Tage nachdem ein Monat rum ist, basiert aber natürlich auf all den Fällen, die zu diesem Zeitpunkt auch schon richtig komplett abgeschlossen sind. Und da sind einfach immer Lücken dabei. Dadurch, dass ich eine Intensivstation mit dabei habe mit sehr komplexen Fällen typischerweise, die auch relativ aufwändig sind im Erfassen von allen Leistungen, die man da abrechnen muss, bleiben die oft oder geht da schnell mal 4 oder 6 Wochen rum, bis die komplett abgerechnet sind. (…) Sodass, wenn man dann so eine frühe, so einen frühen Monatsabschluss macht, fehlen gerade die etwas gewichtigeren Fälle. Und das haben wir dann vor paar Jahren mal besprochen, da habe ich zu den Codierkräften gesagt »also bitte macht eine gesunde Mischung von den Fällen, die am Ende dieser 14 Tag noch übrig sind. Nicht nur die schweren liegen lassen.« Und aber trotzdem (…) werden so Fälle werden dann genommen und werden einfach mit dem mittleren Fallwert, geht es dann ein, das macht, wir machen es genauso wie glaube ich alle anderen Klinikkonzerne auch. Und dieser Monatsabschluss wird runter dekliniert bis in das letzte Detail rein und ist ja nun mal, wenn das nur ein Schätzwert ist am Anfang, ist das relativ sinnlos, das runter zu deklinieren.«

Der Interviewer schließt mit seiner Frage an die monatlich stattfindenden Besprechungen des Chefarztes mit der Geschäftsführung und dem Controlling an und erkundigt sich nach der wahrgenommenen Funktion des Controllings. Er proponiert daraufhin, Controlling diene als »Informationsstütze« oder aber als »eher etwas, was Sie in die Defensive bringen kann«. Herr Gelmann weist die Proposition insofern zurück, als dass er sich auf die Zuspitzung nicht einlässt und festhält, dass es »vielschichtig« ist. Sogleich zieht er im nächsten Satz den Schluss: »Im Endeffekt spiegelt das einfach unsere Leistung wieder«. Dies erinnert an Herrn Blumenthal und dessen Ansicht, das Controlling sei als »einfaches Instrument« zu betrachten, das seinem eigenen »Bauchgefühl« vermittels Zahlen einen neutralen Spiegel seiner Leistungen vorhält und ihm Dynamiken reflexiv zugänglich macht, bevor er sie selbst »realisiert« (»Bevor man das eigentlich selbst so realisiert, kann man dann schon mal, wenn man so ein/so ein Instrument hat, nachhalten und sehen«, vgl. 6.3).

Was dort als nützliche Vorwegnahme einer sich sonst erst später (oder niemals) einstellenden Gewissheit Orientierungswissen produziert, gerät in Herrn Gelmanns Praxis zu einer Quelle der Irritation. Denn der Ursprung der festgestellten Abweichungen liegt für ihn *nicht* in der eigenen medizinischen Behandlungssondern in den Berechnungspraktiken des Controllings selbst begründet. Komple-

mentär zu seinem Kollegen Herrn Peters, der »utopische Steigerungsraten« monierte, sieht Herr Gelmann in den monatlichen Soll-Ist-Abgleichen einige »Utopie« am Werke, wenn die ihnen zugrundliegende Jahresplanung nicht »vernünftig« ist. Was hier als vernünftig zu gelten hat, ergibt sich aus der Praxis der Erhebung des sog. *Case Mix Index* (CMI), der in der Regel für den Zeitraum eines Kalenderjahres die *durchschnittliche* Fallschwere der Patientenfälle und damit den relativen Ressourcenverbrauch angibt, aber nichts über die *Verteilung der Schweregrade* aussagt.

Der epistemische Zweifel richtet sich bei Herrn Gelmann an eine Managementpraxis, die auf der *Extrapolation* von Mittelwerten beruht, aus denen eine *Funktion* abgeleitet wird, die in der Praxis so nicht beobachtet werden kann. Die Vorwegnahme der Zukunft wird hier generell als auch in seiner analytischen Detailversessenheit als »sinnlos« betrachtet. Doch nicht der Index selbst ist zwangsläufig sinnlos, sondern die Mischung der Fälle (Case *Mix*), die statistische Hochrechnung der mittleren Ressourcenverbräuche auf Grundlage einer nicht repräsentativen Fallauswahl. Die weiter oben bei der Geschäftsführerin Henschel zu beobachtende Verweis auf einen »Personalmix« und einen »Leistungsmix«, den man sich zu Zwecken der jährlichen Wirtschaftsplanung zu eigen macht, zeigt sich hier als hochgradig *spekulative Praxis*.

Die Unschärfe der monatlichen Extrapolation, der mangelhafte »Schätzwert« der Berechnungen ist dabei als eine *Funktion* der dem Controlling inhärenten Erfassungsvorgänge selbst anzusehen. Es scheint hier eine in der Praxis zu findende Trennung zwischen Medizin- und betriebswirtschaftlichem Controlling auf: Die betriebswirtschaftliche Berechnung und Erfolgskontrolle medizinischer Handlungen erfordert zunächst einen *Übersetzungsvorgang*, der die medizinischen Indikationen und davon ausgelösten Behandlungsprozeduren[44] per EDV des Medizincontrollings erfasst, einer Kontrolle zugänglich macht und somit *Zeit* benötigt. Die Logik des Controllings produziert daher eine eigene Latenz infolge einer verzögerten Inwertsetzung von »sehr komplexen Fällen« – etwa auf einer Intensivstation wie bei Herrn Gelmann –, die insbesondere in der Erfassung durch das Medizincontrolling aufwendig sind. Dies führt dazu, dass in der betriebswirtschaftlichen Monatsbilanz keine »gesunde Mischung« der tatsächlich behandelten Fälle vorliegt, da insbesondere die ressourcenintensiven Fälle noch nicht abschließend erfasst und

44 Medizinische Erkrankungen werden nach der »International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems« in deutscher Modifikation (kurz ICD-10-GM genannt) erfasst. Medizinische Behandlungen wiederum werden in einem amtlichen Klassifikationssystem, dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (kurz OPS genannt), codiert. Beide Klassifikationssysteme bilden die Grundlage des DRG-Systems, das dann die Patientenfälle auf Grundlage gleicher Erkrankungen und Ressourcenverbräuche den unterschiedlichen Fallgruppen zuordnet und die Erlöse unter Hinzuziehung der sog. Landes- bzw. des Bundesbasisfallwert sowie des relativen Behandlungsaufwands (sog. Relativgewichte) berechenbar macht. Siehe auch weiter oben 4.2.2.

vom Medizin- zum betriebswirtschaftlichen Controlling übermittelt worden sind. Die Unterrepräsentation der »etwas gewichtigeren Fälle« im Abgleich mit dem statistisch ermittelten »mittleren Fallwert« produziert somit eine »Lücke«, die in der monatlichen Fallstatistik allerdings nicht als solche ausgewiesen wird. Trotz statistischer Verzerrung infolge der Latenz zwischen Erfassung und Berechnung »dekliniert« der »Klinikkonzern« in einem Soll-Ist-Abgleich »bis in das letzte Detail rein«, was die so errechneten monatlichen Zahlen für den Jahresplan bedeuten. Gerade dieser Umstand durchschneidet das Band zwischen Geschäftsführung und dem Chefarzt und lässt eine konstruktive Zusammenarbeit in weite Ferne rücken. Wie sich zeigt, steht Herr Gelmann daher auch vor allem mit den Kodierfachkräften im Austausch. Wie schaut das Arrangement zwischen ihm, dem Controlling und der Geschäftsführung nun genauer aus?

»*Interviewer:* Aber es wird trotz alledem gemacht. Wie weit geht das ins Detail?
Herr Gelmann: Ja, das ist ein Knopfdruck. Also dann entstehen ja alle merkwürdigen Zahlen und da kann man dann trefflich streiten und ich habe mich da auch lange trefflich gestritten und man hat dann irgendwann mal akzeptiert, dass man mit dem Herrn Gelmann über solche Dinge nicht mehr reden darf, weil er einen platt macht, ja. Das habe ich einfach auch getan. Ich habe einfach, blödsinnige Zahlen akzeptiere ich nicht mehr, ja, dass man überhaupt da drüber redet.
(…) Und ich meine (…) jetzt mache ich es seit [Zahl] Jahren und auch die Controllerin, die jetzt, mit die jetzt da dabei ist, die macht das jetzt auch schon seit [Zahl] Jahren bei uns, dass man schon einen Modus verstanden hat, wa/auf die Zahlen dann zu gucken, die wichtig sind, wo man einfach auch erkennt, was los ist. Und die haben das auch ganz gut verstanden, dass die neben den Rechnungen und Hochrechnungen parallel dazu Prognosen erstellen. Und die Prognosen sind wesentlich präziser als die Hochrechnungen. Und das, da kann man dann bisschen amüsiert zuhören. Da guckt man eigentlich, es ist ja [Zahl] war ein gutes Jahr, wir waren eigentlich, im Endeffekt haben wir Mehrerlöse geschafft, als wir eigentlich, als eigentlich geplant war für uns. Und dann sind natürlich alle ganz glücklich. Und dann ist es halt so, ja. Gab auch Jahre, da waren wir halt unter dem Plan oder sonst was, aus sonstigen Gründen, aber das ist ja, sehe ich jetzt als Problem des Plans an, der Planwirtschaft, dass man, einfach Krankenhäuser lassen sich nicht planen, ja.«

Mit Blick auf die Kommunikation über Zahlen lässt Herr Gelmann – entgegen etwa Herrn Schlenks demonstrativem Abnicken – eine konfrontativere Haltung erkennen: »man hat dann irgendwann mal akzeptiert«, dass mit ihm über »blödsinnige Zahlen« weder zu reden, noch zu streiten ist, weil er »einen platt macht«. Was auf kommunikativ-argumentativer Ebene zur Konfrontation mit der Geschäftsführung führte, wurde in doppelter Hinsicht verschoben und dadurch in ein Arrangement geführt. Zum einen auf sozialer Ebene: Aus der langjährigen Zusam-

menarbeit mit der »Controllerin« entwickelte sich ein gemeinsamer »Modus« der Verständigung über diejenigen Zahlen, die »wichtig sind, wo man einfach auch erkennt, was los ist.« Im Gegensatz wiederum zu Herrn Schlenk, der den Zahlen selbst keine besondere Bedeutung beimisst, diese lediglich nur abnickt, geht es Herrn Gelmann darum, ein gemeinsames Verständnis von Zahlen mit dem Controlling zu entwickeln, Zahlen zu finden, die im Einvernehmen als *signifikante* Zahlen gelten können.

Zweitens wurde auf kalkulativer Ebene mit Prognosen eine andere Berechnungsform eingeführt, die die Probleme der zuvor stark kritisierten, weil sehr ungenauen, Hochrechnungen auffangen sollen. Beide Aspekte konnten zu einer Befriedung beitragen, und doch lässt Herr Gelmann erkennen, dass das gefundene Arrangement seine kritische Haltung im Zusammenspiel mit der Geschäftsführung nicht grundlegend transformiert hat. Etwas »amüsiert« über allerlei Berechnungen und Zielvorgaben zu sein, die im Verlauf der Jahre eher Kontingenz als Konstanz ausweisen, offenbart den bereits weiter oben (vgl. 6.2) inspizierten Zynismus. Er entpuppt sich bei ihm als Orientierung, dass nicht eingehaltene Pläne »Probleme des Plans« und damit der sie erlassenden Geschäftsführung sind, und nicht *seine* Probleme. Der Riss in der Kommunikation und Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung gründet auf der Ansicht, dass Krankenhausbetriebswirtschaft unter den gegebenen ordnungspolitischen Vorgaben einer *Planwirtschaft* gleichkommt, die der Unsicherheit und dem Prozesscharakter der Krankenversorgung, die er tagtäglich erlebt und habituell verkörpert, entgegensteht. Denn: »einfach Krankenhäuser lassen sich nicht planen«. Dahinter kommt ein Problembezug zum Vorschein, der die neuen Herausforderungen des Krankenhauswesens nicht nur als Phänomene einer auf Wettbewerb basierenden Ökonomisierung liest, sondern vielmehr auch als Effekte einer *Konzernstruktur*, die auf einer fortschreitenden *Zentralisierung und Durchsetzung von Planungsgewalt über die Allokation von Ressourcen*, der typischen Organisationsstruktur planwirtschaftlicher Ordnung, basiert. Er elaboriert diese Perspektive wenig später folgendermaßen:

> »*Herr Gelmann:* (…) Und wenn jetzt heute, wenn jetzt, wenn man jetzt so einen Februar haben, der so schön warm ist, die arme Orthopädie. Der fehlen in diesem Winter die ganzen Leute, die gestürzt sind. Die Krankenhäuser werden dafür bestraft.
> *Interviewer:* Das sind ja Unwägbarkeiten, ja. Aber/
> *Herr Gelmann:* Ja, Sie sehen, wie zynisch das System ist, ja. Und deswegen also auch wir merken es ja. Innere Abteilung, das ist, wir haben einen ruhigen Februar. Normalerweise ist im Februar viel los. Dieses Jahr angesichts dieses außergewöhnlichen Klimas in diesem Jahr ist das einfach ruhiger und dann muss man einfach auch Ruhe bewahren, ja. So ist es dann einfach. Und ich freue mich doch für jeden älteren Herrn oder ältere Dame, die nicht die Schenkelhalsfrak-

tur bekommen hat dieses Jahr, weil sie auf Eis nicht gestürzt ist, weil es nicht rutschig war, dieses Jahr. Und dann muss man Mediziner bleiben und dann muss man irgendwie sagen, okay, das Jahr hat noch viele Monate. Wir werden es schon noch aufholen, wenn es halt sich jetzt ins Minus gerät, aber das sind so Dinge, wo dann eben andere Leute nervös werden.
Interviewer: Aus der, die Geschäftsführung dann?
Herr Gelmann: Klar.«

Der bislang eher latent gehaltene professionelle Problembezug des Arztes kommt hier überdeutlich zum Tragen, wenn er (wie weiter oben schon, 6.2) bemerkt, wie »zynisch das System ist« und sich demgegenüber »für jeden älteren Herrn oder ältere Dame« freut, die sich im ungewöhnlich milden Februarklima keine Fraktur zugezogen hat, obwohl die Bilanz hiermit aus planwirtschaftlicher Sicht »ins Minus gerät«. Die hierfür ursächliche Abweichung von den erstellten Plänen steht für Herrn Gelmann als Mahnung da, in solchen Fällen »Mediziner [zu] bleiben« und entgegen der auf Nachfrage damit adressierten Geschäftsführung nicht »nervös« zu werden. Die Mahnung basiert auf der Erfahrung der *unberechenbaren Natur* der Krankheit der Patient*innen, wie sie schon im Eingangszitat des Kapitels bei Herrn Schmidt vorkam. Nicht nur die Rekonvaleszenz (Genesungszeit), sondern auch die Inzidenz (Anzahl der neu auftretenden Erkrankungen in einem bestimmten Zeitraum) hängt von stofflichen Prozessen und komplexen Phänomenen (wie dem des Wetters) ab, die sich der »ökonomischen Natur« einer rationalen Berechenbarkeit des Optimums von Zwecken und Mitteln (Zweck-Mittel-Rationalität) entziehen und insofern nicht steuerbar sind. Herrn Gelmanns Eingebung, nicht nervös zu werden, verhält sich komplementär zu Herrn Schlenks weiter oben geäußerter Praxis, nach der er und sein Abteilungsteam, unabhängig von Plänen und Zielvorgaben, eben »die Patienten [behandeln] die kommen« und insofern der ärztlichen Orientierung, die auf die Bearbeitung des Unvorhersehbaren gerichtet ist, Rechnung getragen wird.

Zusammenfassung – Ärzt*innen inmitten des ökonomischen Krankenhauses oder: Wer mehr sieht, agiert autonomer Zu Beginn wurde anhand der Rekonstruktion von Perspektiven dreier geschäftsführender Direktor/-innen aufgezeigt, wie unterschiedliche betriebswirtschaftliche Berechnungspraktiken (Leistungsstatistiken bzw. Case-Mix-Analysen, Produktionsfunktionen und Skalenertragsrechnungen) einem Selbstverständnis des Managements Ausdruck verleihen, das glaubt, im Besitz einer Rationalität zu sein, die die immerwährende Unsicherheit in Krankenhäusern beseitigen kann. Die rechnerischen Mittel ebnen – so die Annahme – den Zugang zu einer privilegierten Sphäre des Wissens, das auf ökonomischen Gesetzen beruht, und die es vorgeblich erlaubt, die *optimale* Relation von Zwecken und Mitteln in der organisierten Krankenbehandlung berechnen und

hierdurch Entwicklungen des Sektors durch Effizienzsteigerungen und Diversifizierungsstrategien vorwegnehmen zu können. Im Besitz dieses Wissens werden mit voller Zuversicht Personalwechsel vollzogen, ambitionierte Wirtschaftspläne vorgelegt, Renditeerwartungen bedient und ordnungspolitische Widersprüche über Produktionsfunktionen eingeebnet.

Die hieraus entstehende *Kontrollfiktion des Managements* wird von den kaufmännischen Akteur*innen implizit zwar mitvollzogen, wenn unternehmerische Risiken gesehen und z.B. an »Persönlichkeiten«, Markteffekte (Sättigung) oder medizinische Qualität rückgebunden werden.[45] Wie die Rekonstruktionen jedoch gezeigt haben, stehen diese Zweifel hintenan, auch weil Zahlen als Agenten eines objektiven Wissens *machthierarchische* Meriten besitzen, die einer Geschäftsführung bei der Durchsetzung strategischer und operativer Ziele dienlich sind. Neben der hierarchischen Komponente spielen weitere praktische, teils in der Finanzarchitektur des derzeitigen Krankenhaussektors angelegte Beweggründe eine Rolle, wie z.B. das als nötig erachtete Fallzahlenwachstum infolge einer lückenhaften Investitionsfinanzierung (Trend zu Monismus), die Diversifizierung des medizinischen Leistungsumfangs als Folge eines markt- und wettbewerbsorientierten Portfoliodenkens oder Renditeerwartungen von Konzernen infolge der politisch vorangetrieben Privatisierung. Doch seien die Rahmenbedingungen noch so schwierig, es erscheint problematisch, wenn Geschäftsführungen die Komplexität des eigenen Feldes, in dem sie sich bewegen, *ausblenden* infolge einer Kontrollfiktion, die den Glauben nährt, mit Hilfe ökonomischer Recheninstrumente einen exklusiven Zugang zu einer ökonomischen Materie (siehe oben Latour 3.4.3) zu besitzen, die jede konstruktive Auseinandersetzung mit den professionellen Akteur*innen überflüssig macht.

Was dies zeitigt, wurde anhand einer Kontrastierung von Chefarztperspektiven (Herr Peters, Herr Gelmann und Herr Schlenk) deutlich. Hier wurde rekonstruiert, wie die Auseinandersetzung um die Deutung darüber, welcher epistemische Status den betriebswirtschaftlichen Rechnungen und Controlling-Ziffern zukommt, in kontroversen Praktiken vollzogen wird: Bei Herrn Schlenk findet sich eine *Praxis des Als-Ob*, die sich in einer grundsätzlichen Zahlenindifferenz und Scheinkooperation mit der Geschäftsleitung ausdrückt. Seine Praxis und die geäußerten epistemischen Zweifel gegenüber Zahlen werden allerdings erst über die wiederkehrende Erfahrung »stabiler Zahlen« ermöglicht. Und doch spielt die wiederkehrende Erfahrung einer Verabredung über Leistungsziele mit dem Controller eine wichtige Rolle dahingehend, dass er durch seine Rationalisierungsleistung im Zusammenhang mit den Treffen gelernt hat, die Vorgaben im Rahmen einer prag-

45 Natürlich ist dies auch aufgrund eines davon abweichenden Managementverständnisses möglich, wie es etwa der kaufmännische Geschäftsführer Herr Stehrig aus dem »Klinikum zur Wessel« demonstriert hatte, vgl. Fußnote 35.

matischen Vereinbarung als legitime, eben nicht total abwegige Instrumente einer in dieser Hinsicht typisch agierenden Geschäftsführung zu akzeptieren. Die dahinterstehende »einfache Komplexität« (Baecker 1999) des zahlengetriebenen Managementhandelns zu erkennen, verhindert einen permanenten Machtkampf im Gewand eines Diskurses über die Objektivität von Zahlen zu führen und erlaubt andererseits eine einigermaßen solide Zusammenarbeit zwischen Chefarzt und Geschäftsführung, die ohne einen definierten Konsens auskommt.

Bei Herrn Peters und Herrn Gelmann verhält es sich diesbezüglich anders: Herr Peters lebt nach eigener Aussage mehr und mehr in »DRG-Welten« und zeigt eine *strategische Verzahnung* seines professionellen Berufsalltags mit ökonomischen Praktiken. Als Folge des Einlebens zeigt sich die Orientierung eines unternehmerisch handelnden Chefarztes, der die *strategische* Dimension von Zahlen ermessen und selbst fach- wie mikropolitisch nutzen will:

> »*Herr Peters:* Man fängt schon an natürlich auch als Klinikleiter, sich strategisch Gedanken zu machen, wohin sich das eigene Fach entwickelt, wo sozusagen auch Abwertungen in der Fallschwere zu erwarten sind und wo Aufwertungen stattfinden. Man versucht sich dann natürlich, auch im Markt so zu positionieren (…), dass man dort, wo Aufwertungen sind, gut aufgestellt ist, dass man auch entspre/mehr Fälle versucht zu generieren oder eben auch weniger Fälle mit höheren Fallschweren.«

Er stellt daher häufig selbst Auswertungsanfragen an die Controlling-Abteilung und tauscht Zahlen und Zielvorgaben im fachspezifischen Gremium aus, wie ein vorangegangenes Kapitel gezeigt hat (vgl. 6.2). Damit wird eine konjunktive Praxis der Zahlenkontrolle eingesetzt, die mögliche Zweifel an Zahlen vor allem über *noch mehr Zahlen* einzuhegen versucht (siehe die Überlegungen zu einer Aspirationalisierung unter 3.3.4). Auch deshalb bleibt eine grundsätzliche epistemische Infragestellung von Zahlen aus, die auch bei der Auseinandersetzung mit abwegigen Planzahlen seitens der Geschäftsführung (»utopische Steigerungsraten«) nicht aufkommt, da Herr Peters hier strategische Beweggründe derselben sieht, die utopische Zielvorgaben bewusst herbeiführt. Jedoch unterminiert der Entzug *rationaler* Kriterien, die derartige Erwartungshaltungen plausibilisieren könnten, sein Vertrauen in die Entscheidungsrationalität des zahlenaffinen Großkonzerns. Diese sich aus einer zunehmenden Top-Down-Steuerung ergebende Konstellation, die ihn als Managementpartner »auf Augenhöhe« nicht (mehr) akzeptiert, mit einem Management, das immer häufiger »Verschiebebahnhof« spielt, vergibt sich wichtige chefärztliche Impulse.[46] »Wachstumszahlen, die realistisch sind, […] gemein-

46 Wie am Beispiel des Klinikums »Wahlstädt« ersichtlich war, wurde dort auf Initative der Geschäftsführung gegensteuert und etwa die Chefärzt*innentrunde so verkleinert, dass ein engerer Austausch zwischen Geschäftsführung und Chefärzt*innen möglich wurde und hier-

sam« zu bestimmen muss daher zunächst ein frommer Wunsch bleiben. Jedoch hilft die unternehmerische Orientierung eine prinzipielle Offenheit gegenüber einer verbesserten Kooperation mit der Geschäftsführung zu bewahren, die nicht zuletzt auf einem geteilten Glauben an die rationale Berechenbarkeit organisierter Krankenbehandlung fußt, die das verbindende Element zwischen einer Geschäftsführung und dem unternehmerisch handelnden Chefarzt bildet.

Herr Gelmann hingegen fehlt es an dieser Offenheit. Er sieht aus einer *zynisch bis resignativen Praxis* heraus vor allem ein Planspiel der Zahlen am Werke. Er meldet, wie schon Herr Schlenk, epistemische Zweifel grundsätzlicher Art an, zeigt aber gleichzeitig, ähnlich wie sein Hauskollege Herr Peters, eine starke Zahlenaffinität auf. Sein Interesse an und praktisches Wissen über Controlling-Daten weiß er *situativ* einzusetzen, vor allem, wenn es darum geht, das sich als für *seine* Klinik ökonomisch notwendig Darstellende unter der Zuhilfenahme der Expertise von Kodierfachkräften zu erfassen. Er weiß, an welcher Stelle und warum Skepsis gegenüber der objektiven Aussagefähigkeit der Controlling-Daten geboten ist (z.B., wenn unterschiedliche Zeitbezüge und Abteilungen sowie Absichten involviert sind; wenn es sich um Hochrechnungen mit nicht repräsentativer Grundgesamtheit handelt), wann Statistiken aus seiner Sicht als belastbar gelten können (z.B. bei Verweildauer-Vergleichen, Prognosen) und wann er sie als »blödsinnige Zahlen« zurückweisen und eine Diskussion hierüber unterbinden muss. Letzteres verweist vor allem auf den Umgang mit der Geschäftsführung bzw. dem Konzern. Er fühlt sich, wenn wirtschaftliche Ziele in Gefahr geraten, nicht zuständig (»sehe ich jetzt als Problem des Plans an, der Planwirtschaft, dass man, einfach Krankenhäuser lassen sich nicht planen, ja«) und schaut eher mit Spott auf den Aktionismus seiner Geschäftsführung. Dessen eigene Nöte abstrahiert er als Probleme einer »Planwirtschaft«, die nichts als »Zynismus« produziert, und doch kann seine demonstrative Gelassenheit gegenüber den Anforderungen dieses Systems nicht verhehlen, dass er davon – wie er offen zugibt – selbst erfasst wird und hierüber in moralische Schwierigkeiten gerät (»das ist ein zynisches System und das, dem kann man ja auch nur mit einem gewissen Zynismus entgegnen, sonst geht man unter. Das ist leider so«).

Die Betonung der *Zwangsläufigkeit* markiert seine Ausweglosigkeit: Zwar glaubt er grundsätzlich an eine Rationalisierbarkeit der Zahlen, wenn man sich gemeinsam bespricht und sich über die Signifikanz der Zahlen einig wird, sieht aber überall nur »bad intentions«, zynische Spieler und in Zahlen verkleidete Machtansprüche der Systemarchitekten und Geschäftsführungen. Er scheint gefangen in einer Organisation, die nichts als Schein produziert und in der es logischerweise nur um das eigene Überleben gehen kann. Daher deutet er auch nicht an, geschweige denn

über komplexe Gemengelagen – im vorliegenden Beispiel die OP-Planung – besser austariert werden konnten.

sucht er konkret nach Mitteln und Wegen, eine Klärung mit der Geschäftsführung herbeizuführen und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit auszuloten. Herr Peters als auch Herr Schlenk zeigen sich hier sensibler für die komplexen Zusammenhänge, die die organisierte Krankenbehandlung prägen, sie sehen in dieser komplexen Situation mehr und können freier agieren als ihr Kollege Gelmann, wenn sie sich einfachen Schuldzuschreibungen verwehren und nicht in eine Haltung verfallen, die den eigenen Zynismus mit dem Zynismus des »Systems« zu legitimieren sucht.

7. Diskussion der Ergebnisse

Die vorliegende Arbeit verfolgte zwei Ziele. Erstens sollte der Begriff der Ökonomisierung metatheoretisch reflektiert und als Verhältnis von Autonomie und Kalkulation konzeptualisiert werden. Mit Hilfe eines differenztheoretischen Instrumentariums wurden zunächst vier zentrale Prämissen gesellschaftlicher Ökonomisierung diskutiert, die sich dieser aus dem Blickwinkel von Zahlen und Rechenpraktiken nähern und als begriffliche Hintergrundfolie der vorliegenden Arbeit dienen. Die empirische Beobachtung von Ökonomisierungsprozessen beruht demnach auf der Existenz relativ autonomer Entitäten, an die sich ökonomische Rechenpraktiken und Zahlen richten können und die Ökonomisierung dadurch erst möglich und beobachtbar machen. Zweitens bedarf es einer kulturalistischen Perspektive auf Rationalisierung, die die Rechenhaftigkeit moderner Gesellschaften nicht bloß als mathematische Leistung versteht, sondern in Beziehung setzt zu lebensweltlichen Wertorientierungen und gesellschaftlichen Wertbeziehungen. Dies verweist drittens auf die sozialen Innovationen der Quantifizierung und Vergleichung, die komplexe Ordnungsbildung betreiben, wenn qualitative Aspekte des Zusammenlebens in numerische Werte transformiert und mit Prozessen der Wertzuweisung verknüpft werden. Dies kulminierte viertens im Begriff der Kalkulation, der die betriebs- und volkswirtschaftliche Errechnung möglicher Erwerbszukünfte bezeichnet. Diese vier Prämissen wurden in der Formulierung einer praxis- wie organisationstheoretischen Analyseperspektive aufgegriffen. Diese rekurriert auf das Habituskonzept von Bourdieu, eine zahlenaffine Synthese organisationstheoretischer Arbeiten sowie den Entwurf Latours von Ökonomisierung als sozio-technisches Arrangement aus organisationalen Skripten und Berechnungsinstrumenten, leidenschaftlichen Interessen und moralischen Skrupeln über die »richtige« Verteilung von Zwecken und Mitteln.

Zweitens sollte mit Hilfe der Latour'schen Perspektive auf Ökonomisierungsprozesse das zeitgenössische Krankenhaus anhand zweier institutioneller Settings – dem wohlfahrtsstaatlichen und der neuen Ordnungspolitik zwischen Rationalisierung und Rationierung – erschlossen werden. Über die Kategorien »Finanzierung«, »Leistung«, und »Organisation« wurde der Wandel rekonstruiert und anhand der neuen gesundheitsökonomischen Rechendisziplinen wesentliche Ten-

denzen in Richtung einer »Vorsehungsökonomie« (Latour 2014: 616) herausgearbeitet. Im letzten Kapitel werden nun die theoretischen mit den empirischen Erkenntnissen in Verbindung gebracht. In einem ersten Schritt ist es hierzu notwendig, die Ergebnisse der empirischen Analysen (6.1 – 6.4) in kurzer und prägnanter Form erneut vorzustellen und unter Anleitung der Forschungssystematik der Dokumentarischen Methode zu einer sinngenetischen Typologie (7.1) im Sinne einer funktionalen Analyse (Vogd 2018a) zusammenzuführen. Darauf folgt eine Analyse der Praxisarrangements im Krankenhausmanagement (7.2), mit denen die vier sinngenetischen Typen in Verbindung stehen. Abschließend werden die typologischen Rekonstruktionen und Praxisarrangements genutzt, um gegenstands- wie metatheoretische Schlussfolgerungen zu ziehen und weiteren Forschungsbedarf zu identifizieren (7.3).

7.1 Eine sinngenetische Typologie des zeitgenössischen Krankenhauses zwischen Autonomie und Kalkulation

Die Rekonstruktion der unterschiedlichen Ausprägungen des Umgangs mit der für das zeitgenössische Krankenhaus typischen Spannung zwischen medizinischer Autonomie und betriebswirtschaftlicher Kalkulation beginnt mit der Entwicklung einer funktionalen Basistypik, desjenigen »generativen Musters« (Bohnsack 2013: 249), wie es im ersten empirischen Kapitel (6.1, »Transparenz und Mangel«) erarbeitet wurde. Anschließend wird eine differenzierte Typik der Muster vorgestellt, die sich hiervon ausgehend im empirischen Material zeigten und die in den weiteren Unterkapiteln angezeigten Dimensionen (6.2: »Vergleich und Konkurrenz«, 6.3: »Verantwortung und Aktivierung« und 6.4: »Objektivität und Krankenhausökonomie«) bereits vorbereitet wurden.

Die empirische Analyse hatte dabei zunächst nicht die sukzessive Darstellung differenzierter Typen zum Ziel, sondern folgte vielmehr einem thematischen Verlauf, der in der Lage sein würde, die Komplexität der Zusammenhänge gesellschaftlicher Ökonomisierung im Krankenhaus zwischen Autonomie und Kalkulation aus praxis- wie organisationstheoretischer Perspektive abzubilden. Der Verlauf war zunächst davon geprägt, eine funktionale Basistypik zu entwickeln, die das wesentliche *Orientierungsdilemma* im zeitgenössischen Krankenhaus anhand des Bezugspaares »Transparenz und Mangel« explizieren sollte (6.1). Das sich über alle Fälle spannende Orientierungsdilemma wies dann unterschiedliche thematische Anschlüsse auf, deren Exploration und Explikation im Sinne der sequenzanalytischen Rekonstruktionspraxis der dokumentarischen Methode anhand der weiteren Bezugspaare »Vergleich und Konkurrenz« (6.2), »Verantwortung und Aktivierung« (6.3) sowie »Objektivität und Krankenhausökonomie« (6.4) erfolgte. Die unterschiedlichen Themen fungierten als weitere Tertia comparationis, deren Bei-

trag zur Rekonstruktion differenzierter sinngenetischer Typen dem nun folgenden Abschnitt vorbehalten ist, womit die vorausgegangenen Analysen systematisch zusammengeführt werden.

7.1.1 Basistypik: Spannung zwischen medizinischer Professionalität und ökonomischer Kalkulation *aufrechterhalten*

Im ersten Unterkapitel der empirischen Analyse wurde anhand des Bezugspaares »Transparenz und Mangel« das neue Orientierungsdilemma im Krankenhaus zwischen Autonomie und Kalkulation dargestellt. Am Fall von Herrn Falter wurde evident, dass sich die Darstellung medizinischer Leistungen im DRG-System zunächst als eine *neue Form der Aufmerksamkeit* erweist. Die habitualisierte Praxis der am medizinischen Einzelfall orientieren Patientenbehandlung bewegt sich hierdurch in Richtung einer quantitativen Mengenbetrachtung, die von medizinischer Seite als prinzipieller »Anreiz in die falsche Richtung, den man pausenlos korrigieren muss«, erlebt wird. Das paradoxe Ergebnis eines vertieften Einblicks in die numerisch erfassbaren Differenzen medizinischer Diagnose- und Behandlungsverfahren ist es demnach, nicht *mehr*, sondern *weniger* medizinische Aufmerksamkeit für den einzelnen Patientenfall aufzubringen, da nun summative Charakteristika von Patientengruppen in den Vordergrund der Betrachtung rücken.

Die stark ausgebauten Analysekapazitäten des Krankenhauscontrollings stehen ferner in engem Zusammenhang mit der sich als Notwendigkeit vollziehenden Anforderung an die (Chef-)Ärzt*innen, vermittels Behandlungen die wirtschaftliche Existenz der Krankenhäuser zu sichern. Vor dem Hintergrund der Erfahrung, mit ihrer medizinischen Arbeit einseitig auf erwerbswirtschaftliche Prinzipien (die Erbringung möglichst hoher »Fallmengen«) verpflichtet und damit auf Fragen der wirtschaftlichen Produktivität reduziert zu werden, finden sich Chefärzt*innen unentwegt in einem *Priorisierungskonflikt* wider, der beträchtliche habituelle Spannungen provoziert. Als professionelle Arbeit gilt fortan auch, sich (mental bzw. reflexiv) zu vergewissern, wozu und wie die Arbeit (die eigene und die der medizinischen Abteilung) am Patienten *eigentlich* täglich zu leisten ist. Dies ist Ausdruck eines in weiten Teilen bereits habitualisierten Wissens über das, was als *Verkehrung des Gewöhnlichen* bezeichnet wurde. Aus der impliziten Selbstverständlichkeit der Arzt-Patienten-Beziehung, der Normalität professionell imprägnierter medizinischer Entscheidungen, ist etwas *Exotisches* geworden. Dies äußert sich als praktischer Zwang zu Selbstvergewisserung und kontinuierlicher Selbstbehauptung, da nun aus Richtung des Controllings ein explizites Wissen zur Verfügung steht, dass die professionellen Fertigkeiten und Überzeugungen vor dem Hintergrund eines gemessenen *Mangels* in Frage stellt oder jederzeit stellen kann.

Entgegen der praktischen Bearbeitung und Verschachtelung *unterschiedlicher* Rationalitäten, die im ärztlichen Habitus sedimentiert ist, stellt sich die medizini-

sche Praxis heute in erster Linie als kontinuierliche *Bewährungsprobe* unter ökonomischem Vorbehalt dar. Dies befeuert eine Entgegensetzung von Medizin und Ökonomie und lässt beide Rationalitäten zunehmend als inkommensurabel erscheinen. Denn was mit der neuen Aufmerksamkeit einhergeht, ist allen anderen Aspekten voran die Sichtbarkeit *ökonomischen Drucks*. Dieser offenbart sich in der Praxis als systematisch erzeugter *Mangel* in zweierlei Hinsicht: Einerseits als individuelle oder abteilungsspezifische Verfehlung medizinischer Leistungsziele (meistens in Form von »Fallmengen«), die sich zur existentiellen Überlebensfrage der Krankenhäuser und damit auch zum festen Horizont professioneller Krankenhausarbeit entwickelt. Zum anderen bedeutet dies ganz konkret eine Suche nach Optimierungspotenzialen, eine Sicht auf das, was (noch) nicht optimal ist, was (noch) besser gemacht werden kann und muss. Es ergeht hieraus ein neuer gemeinsamer Problembezug, ein Orientierungsdilemma, das sich vor allem als schwer zu enaktierender *Fragekomplex* darstellt. Denn ein errechnetes Defizit nach dem Soll-Ist-Schema, ein Mangel an Zielerreichung, macht noch keine Angaben darüber, *weshalb* eine Zahl so und nicht anders ausgewiesen, warum ein Ziel nicht erreicht wird. Waren die Erlösvorgaben zu optimistisch? Wie lassen sich Kostensteigerungen erklären? Warum sinken Patientenzahlen für spezifische Erkrankungen? Es fehlt mitunter an einem Wissen über den *Begründungszusammenhang* der Kalkulationen, die sich bei den Ärzt*innen in der Praxis als *Rückfragen* von Seiten des Managements über die möglichen Gründe für »rote Zahlen« darstellen, wenn also ein Mangel anhand eines Leistungsquantums sichtbar wird. Insofern verweist die neue Sichtbarkeit der Zahlen auf ein *Nicht-Wissen*, das infolge eines »Kontrolldruck« bzw. einer verbesserten »Kontrollfunktion« des Managements offengelegt wird, gerade deshalb aber nicht mit der optischen Idee von Transparenz verwechselt werden sollte.

Gleichwohl wird hierüber die Rechenschaftspflicht für Ärzt*innen anhand gemessener Variablen und somit die *Kontrollfiktion* des Managements funktionabel, die sich anhand der Rekonstruktionen des geschäftsführenden Direktors Herrn Helmstedt zeigte. Er sieht in den Planzahlen zwar keine self-fulfilling-prophecies im Sinne von [DK], glaubt aber doch daran, eine exakte Passung von professioneller Persönlichkeit und errechnetem Wirtschaftsplan mit Hilfe der kontinuierlichen Bearbeitung und Führung der Chefärzt*innen (»An-die-Hand-nehmen«) »hin zum Erfolg, jetzt in unserem Sinne eben dem ökonomischen« herstellen zu können. Die systematische Erzeugung eines Mangels vollzieht sich hier als *erwerbswirtschaftliche Verpflichtung* auf ein *surplus*, das nicht exorbitant (Negativhorizont »Deutsche Bank«) aber doch hinreichend für die Refinanzierung von Investitionen im Zuge eines *Wachstumskurses* ausfallen muss. Denn der Mangel wird von Herrn Helmstedt als notwendiger Ausdruck neuer »Spielregeln« des Gesundheitssystems gerahmt, die sich ihm nicht nur in Form fehlender Investitionsmittel, sondern vor allem

auch als erhöhter Kontrolldruck von außen (Fallprüfungen durch den MDK, der an medizinfachlicher Kompetenz »aufgerüstet« hat) entgegentritt.

Die Tatsache aber, dass die Eigenlogik der medizinischen Rationaliät von ihm trotz ökonomischer Kontrollfiktion mitgeführt wird (»derjenige, der sich da weniger dafür interessiert, kann ja trotzdem ein super Arzt sein«), zeigt, worauf das neue Orientierungsdilemma im Krankenhaus zuläuft: Die ökonomische Orientierung der Ärzte an einem Mangel fußt auf der betriebswirtschaftlichen Verpflichtung zur Produktion von Überschüssen, die von der Geschäftsführung nicht garantiert aber doch durchgesetzt werden müssen. Im Arrangement zwischen ihm und Herrn Falter zeigen sich zwei für die Krankenhausorganisation zentrale *Fiktionalisierungen*, die Herr Falter wie folgt auf den Punkt bringt: »es gibt eine Planungsbehörde, die medizinisch inkompetent ist, aber trotzdem medizinische Planung macht und man (.) wird genötigt sich so zu verhalten, als ob man Unternehmer wäre, aber hat die Kompetenzen des Unternehmers nicht, hat die Machtfülle des Unternehmers nicht.«

In der Konsequenz zeigt sich eine funktionale Basistypik, die davon bestimmt ist, den alten »Generalkonflikt« (Rohde, siehe oben 4.1.3) des wohlfahrtsstaatlichen Krankenhauses, seine Spannung zwischen medizinischer Autonomie (Maximaltherapie-Effektivität-Egalitär) und verwaltender Berechnung (Sparsamkeit des Mitteleinsatzes-Effizienz-Hierarchie) angesichts des erwerbsökonomischen Drucks und der habituellen Verwerfungen innerhalb Ärzteschaft nicht zu befrieden, sondern im Gegenteil *vor dem Verschwinden zu bewahren*, also die »Aufrechterhaltung der Ambivalenz« (Vogd et al. 2018: 14) zwischen beiden Polen unter den erschwerten Bedingungen weiterhin zu gewährleisten. Es wird damit eine funktionale Typenbildung (Vogd 2018a) verfolgt, die mit Schäffer (2013: 69) auf die habituellen Spannungen »von Hybridakteuren innerhalb konjunktiver Erfahrungsräume« abstellt. Das ökonomisierte Krankenhaus, verstanden mit Latour als Komplex aus Rechenskripten, leidenschaftlichen Interessen und moralischen Skrupeln, kann – das soll die Basistypik zeigen – nur überleben, wenn die fragilen Verhältnisse zwischen professioneller Autonomie und kalkulativer Praxis so gelebt werden, dass kein epistemischer Kurzschluss entsteht. Wie die »Elektrizität entlang eines Drahtes« (Latour 2000: 85, siehe oben 3.4.2) zirkuliert die Zuversicht, den medizinischen Problemen der Patient*innen gerecht werden *und* die Zahlen des neuen gesundheitsökonomischen Settings bedienen zu können, nur so lange, wie beide Seiten geneigt sind, die Dinge (den »Einzelfall« wie die »Fallmenge«) miteinander im Gespräch zu halten, die Rechnungen [MOR] zu überprüfen, die Bindungen [BIN] zum Leid der Patient*innen nicht zu verlieren und die Skripte [ORG] immer wieder neu auszurichten.

Um ausgehend vom skizzierten Orientierungsdilemma nun weitere Typen differenzieren zu können, wird auch auf die anderen empirischen Unterkapitel und die dort verhandelten Bezugspaare zurückgegriffen.

7.1.2 Typ 1: »Erfüllungsgehilfe«

Mit Herrn Falter war nicht nur ein Protagonist für das basale Orientierungsdilemma erschienen, sondern zugleich ein erster Typ, der in Anlehnung an seine eigenen Worte »Erfüllungsgehilfe« genannt wird. Dieser Typ erlebt die Sichtbarkeit des Mangels als »bedrohlich« für die eigene professionelle Berufsausübung. Die gestiegenen ökonomischen Anforderungen der Geschäftsführung wirken so stark, dass einzelfallbezogene Konzessionen gemacht werden, die dem professionellen Habitus widersprechen, aber als alternativlos erscheinen. Im Zuge dessen wird die eigene Abteilung dazu gedrängt, Überstunden zu machen und Patienten als Ausdruck einer Vertriebsmentalität so zu umgarnen, dass sie zum Zweck der Fallzahlsteigerung und Patientenbindung wieder vorstellig werden. Gleichzeitig soll der ärztlichen Belegschaft der Abteilung im Sinne eines »impression management« der Eindruck vermittelt werden, die optimale medizinische Behandlung der Patienten stehe im Vordergrund. Dazu passt die wiederholte Ermahnung an die eigene Adresse, sich immer wieder bewusst zu machen, nicht bloß für die wirtschaftliche Zielerreichung verantwortlich zu sein, sondern in erster Linie dafür, »dass die Patienten, die sich einem anvertrauen, dass man die optimal behandelt.« Allerdings liegen die Dinge hier komplizierter, da das angemahnte Primat der Medizin sich unter der Prämisse überschüssiger Fallzahlen als Luxus, den man sich situativ leisten kann, firmiert. Die medizinische Patientenorientierung dieses Typs erscheint damit letztlich als ökonomisch integrierte Variante eines Abteilungsleiters, der versucht, mit verbundenen Augen die Balance zwischen beiden Sphären zu halten.[1] Dabei kommt ihm zusätzlich das Verdienst zu, die ökonomische Perspektive auf seine Arbeit trotz all der Zumutungen noch als eigenständige Rationalität anzuerkennen (»[...] die Fallstatistik [...] muss immer zweitrangig bleiben. Das wird natür-

1 Herr Falter notiert für den Fall der fachlichen Spezialisierung unisono: »Prinzipiell ist die Geschäftsführung dafür, für diese Spezialisierung und unterstützt das, aber es sollte nicht zu viel kosten. Und es wird immer dann (.) problematisch, wenn man erwartet, dass die (.) Geschäftsführung oder die kaufmännische Seite in Vorleistung geht, (.) was personelle und apparative Ausstattung angeht. (.) Also was man umgekehrt natürlich auch nicht machen darf ist, erst die Leistung zeigen und dann nach der Nachbesserung fragen, weil wenn man erst die Leistung gezeigt hat, die Nachbesserung immer davon abhängig gemacht wird, dass man zu dem, was man schon zeigt, als hundert Prozent genommen noch etwas dazugelegt wird. Also das ist (.) das Spiel mit der Vorleistung oder jetzt fangen Sie doch erstmal an und dann schauen wir mal, wo wir Sie unterstützen können, das ist ausgesprochen schwierig. Das muss sehr wohl balanciert sein, weil am Ende es immer einen Verlierer gibt. Entweder die Geschäftsführung, weil sie zu früh investiert hat und dann die Erwartungen nicht erfüllt werden oder der Leistungserbringer Abteilung, weil er mit zu wenig Personal und zu schlechter apparativer Ausstattung zu viel tut. Auf Kosten der Mitarbeiter und eventuell auch auf Kosten der Patienten. (....) Das muss man lernen, diese Balance. (.) Das sich langsam Entwickeln und langsam (.) Aufschaukeln, gegenseitige Aufschaukeln zu einer optimalen Lösung.«

lich von der kaufmännischen Seite nicht so gesehen und die kaufmännische Seite kann sich ja um die Einzelfälle nicht kümmern, das soll sie ja auch nicht«).

Unter der skizzierten habituellen Spannung stehend wird auch der »double bind« zwischen Konkurrenz und Kooperation (6.2) im DRG-Krankenhaus ambivalent bearbeitet. Einerseits werden Stationen fächerübergreifend mit Blick auf die Versorgungsqualität betrieben, andererseits wird der Kampf um bessere OP-Kapazitäten mit harten Bandagen geführt (»Kleinkrieg«) und ein fairer Ausgleich erst dann akzeptiert, sobald hierdurch die eigenen Leistungsziele besser erreicht werden können. Die Verantwortung (6.3) wird im Rahmen der üblichen Anforderungen vor allem in der Abteilung wahrgenommen, die Aktivierung reicht bis hin zu einer konventionellen »Einweiserpflege«, die sich allerdings qualitativ von derjenigen des noch vorzustellenden Typs 3 deutlich unterscheidet. Dies führt letztlich zu einem Umgang mit Zahlen und den Leistungsvorgaben des Managements, der sich auf die paradoxe Formel der *Ko-Optation wider Willen* bringen lässt (siehe 6.4). Zahlen sind dann real, wenn ihre Prämissen realistisch sind und eine Wahl, die keine freie Wahl ist, wird als solche verkauft, nur um den Grund der praktischen Fiktionalisierung noch weiter zu vertiefen. So werden medizinische Entscheidungen getroffen, die »wirtschaftlich gesehen Unsinn« sind, und diese postwendend im Sinne des »guten Krankenhauses« als Vermarktungsstrategie genutzt, die in der Versorgungslandschaft einen kompetitiven Vorteil verschaffen soll (positive Reputation bei Patienten und Einweisern in der Hoffnung schaffen, die Fallzahlen zu erhöhen).

7.1.3 Typ 2: Als-Ob Kooperation

Hiervon zu unterscheiden ist Typ 2, der als »Als-Ob Kooperation« bezeichnet wird, und der sich auf die Schilderungen von Herrn Schlenk bezieht. Obwohl im gleichen Krankenhaus angesiedelt und mit ähnlich saturierten Fallzahlen versehen wie Typ 1, zeigt Typ 2 eine abweichende Problembearbeitung im Modus des »Als-Ob«. Die Sichtbarkeit des Mangels ficht ihn emotional nicht sonderlich an, er erlebt hier keinen »Kontrolldruck« der zu grundsätzlichen professionellen Verwerfungen im Sinne einer unablässigen »reflexiven Kontrolle« (Noordegraaf 2007) und dem Zwang zur Leistungsoptimierung führt. Auch wird die wirtschaftliche Perspektive, wie bei Typ 1, als eigene (wenn auch als seltsam betrachtete) Rationalität anerkannt. Dieser Typ steht den Zahlen des Controllings gelassen bis indifferent gegenüber (»ich rechne nicht die Zahlen aus, ich weiß nicht, was das für Erlöse sind. Will ich auch gar nicht wissen«) und lässt sich gleichgültig (performatives Abnicken) auf Leistungsziele festlegen, die der Controller bzw. die Geschäftsleitung vorschlägt. Aus der Erfahrung heraus, »stabile Zahlen« vorweisen zu können und die eigene Klinik seit vielen Jahren von ökonomischen Anforderungen unbekümmert geführt zu haben, ist die typische Haltung des medizinischen Professionalismus noch intakt.

Anstelle einer ökonomisch integrierten Patientenorientierung zeigt sich eine von davon unberührte medizinische Patientenorientierung (»Aber wir behandeln die Patienten, die kommen«), die nicht durch Orientierungsschemata der prospektiven Leistungsvergütung gestört wird, sondern sich weiterhin stark an den Erforderlichkeiten spontan eintretender, singulärer Fälle von Patient*innen ausrichtet.

Die Verantwortung für die eigene Tätigkeit ergibt sich zuvorderst aus den medizinischen Notwendigkeiten der Abteilungs- bzw. Stationsabläufe und ist an die Qualität der professionellen Patientenbehandlung gebunden (»Naja, meine Meinung ist einfach, wenn eine Abteilung qualitativ so gut läuft, dann ist die für mich top, und nicht kritikwürdig. Aber das rührt einen Geschäftsführer nicht. Für den sind die Zahlen entscheidend«). Das Verhältnis von Konkurrenz und Kooperation weist daraufhin zunächst auch keine allzu große Ambivalenz auf.[2] Es werden zum Wohle der Versorgungsqualität (auch unter Mitnahme von Effizienzgewinnen) Kooperationen mit benachbarten Fächern angestoßen und als positiver Beitrag zur »Verbesserung der kollegialen Zusammenarbeit« gewertet, woraus implizit hervorgeht, dass hier die tradierten Probleme dezentraler Organisationsstrukturen und autonomer Entscheidungsbefugnisse zum Wohle des gesamten Hauses ein Stück weit besser eingehegt werden. Mit der performativen Indifferenz den Leistungszahlen gegenüber geht auch eine implizite Zurückweisung der Kontrollfiktion des Managements einher (»Naja, Zahlen, es gibt ja keine objektive Vorgabe, wie muss eine Zahl sein«). Insbesondere mit Blick auf die Planzahlen werden fiktionale Bestandteile klar adressiert, wenngleich die Zahlen selbst in der kommunikativen Aushandlung im Modus des Als-Ob nur implizit in Zweifel gezogen werden und so eine auf Verständigung basierende Koexistenz professioneller und kalkulativer Praktiken gefördert wird.

7.1.4 Typ 3: Unternehmerischer Leistungsträger

Der nächste Typus (3) wird als unternehmerischer Leistungsträger bezeichnet. Er steht für eine Praxis, die in einen konstruktiven Widerspruch zu den neuen Anforderungen tritt, die sich aus der Sichtbarkeit des Mangels ergeben. Der Mangel wird nicht als bedrohlich empfunden oder indifferent aufgenommen, wohl aber herrscht hier einige Erhitzung über die zu erfüllenden Leistungsvorgaben vor, die

2 Mit Blick auf die Doppelrolle als Chefarzt und Ärztlicher Direktor lässt Herr Schlenk hingegen wissen: »Also ich bemühe mich schon, innerhalb der Krankenhausdirektion jetzt nicht prodomo zu agieren. Also was rauszuholen für meine Abteilung unter Hintenanstellung der Interessen anderer Abteilungen. Man könnte ja da schon ein bisschen lobbyistisch sein. Ob mir das immer gelingt, das weiß ich nicht, bin ja auch nur ein Mensch, aber, ja. Ich glaube, die, meine Mitarbeiter, die betrachten es eher als Vorteil, dass ich auch ärztlicher Direktor bin, weil ich ein bisschen Einfluss natürlich dadurch habe auf das Krankenhaus, auf die Krankenhausleitung.«

in konstruktiver Art und Weise auf die persönlichen Interessen ausgerichtet und hierdurch affirmiert werden. Angesichts einer starken individuellen Leistungsorientierung klingen Reminiszenzen an tradierte Vorstellungen des medizinischen Professionalismus zwar an und wird die Verkehrung des Gewöhnlichen mitunter schmerzlich vor Augen geführt und bis zur Fundamentalkritik ausgedeutet.[3] Doch in der Praxis wird die basale Spannung vielmehr über die Ausgestaltung einer *unternehmerischen* Fürsorge kompensiert. Diese konkretisiert sich etwa als intensive personale Netzwerkarbeit (Herr Hocke), oder als Übernahme eines Kassensarztsitzes bei gleichzeitiger Ausfüllung der Chefarztposition (Herr Schmidt). Die teils sehr kritische, reflexive Infragestellung der »medizinischen Leistungssteuerung« (Simon 1997) durch DRG und Planzahlen führt weder zur Blockadehaltung, noch zur verzweifelten Assimilation.

Dieser Typus baut eher darauf, die eigene medizinische Autonomie durch neue Praktiken zu transformieren und löst hierfür unterschiedliche Suchbewegungen in der organisationalen Umwelt aus. Hierunter fallen neue Beziehungen, die in Anlehnung an den Begriff der leidenschaftlichen Interessen [BIN] von Latour (2014, siehe oben 3.4.3) als Ketten »assoziativer Leidenschaft« bezeichnet werden können. Die Ketten sollen helfen, versorgungssystemische[4], sozialräumliche[5] bzw. persönliche[6] Grenzen zu überwinden und damit durch einen Wandel etablierter Bindungen das Überleben der Krankenhäuser zu verlängern. Denn zugleich festigen diese Praktiken allesamt eine numerische Konkurrenzorientierung des einzelnen Leistungsakteurs und fördern das Ausgreifen der Krankenhäuser in ihre Umwelten mit dem Ziel, die Fallzahlentwicklung positiv zu beeinflussen. In diesem Sinne kommt es neben der reflexiven Kritik auch zu einer individuellen Aneignung der Kontrollfiktion des Managements, wodurch eine gewisse Unabhängigkeit von den Steuerungsversuchen der Geschäftsführung erzielt werden soll.

---

3 Als Beispiele sollen folgende Zitate ausreichen: Herr Blumenthal: »das war eine Zeit, als man sich um kaufmännische Dinge im Krankenhaus überhaupt nicht gekümmert hat. Da konnte man Medizin machen, konnte arbeiten«; Herr Hocke: »Gute Medizin und gute Qualität lohnen sich immer; Herr Schmidt: »ich habe nur ein einziges Interesse. Zu mir kommen Leute, die haben Beschwerden und die habe Erkrankungen. Mein Interesse ist, was machst du jetzt, damit es ihm besser geht. […] Und so simpel sehe ich die Welt. Die Welt ist so simpel. So. Und anstatt dessen gibt es solche BWL-Typen, die sagen, nein, wir müssen noch mal gucken, der Key ist nichts. Und der stimmt nicht. Und hier stimmt der Profit nicht und da auch nicht. Und dann kommen die mit irgendwelchen Messwerten an, die ein großer Haufen Scheiße sind, wenn ich es mal in diesem Begriff nennen darf. Und das kotzt mich an. Es widert mich an. Es ekelt mich an.«

4 Im Fall des Kassensarztsitzes von Herrn Schmidt.

5 Herr Blumenthal als »Corporate Citizen«, der mit den Zahlen arbeitet, in dem er aus diesen etwa »Schlüsse« zieht in Bezug auf neue ärztliche Konkurrenz in der Versorgungslandschaft.

6 Herr Hocke als Mitglied der »Inzest-Mafia«.

7.1.5 Typ 4: Gemeinsame Mikropolitik

Der letzte rekonstruierte Typ, der unter dem Namen »gemeinsame Mikropolitik« firmiert, setzt hier ebenfalls an, geht aber einen anderen Weg. Er agiert also ebenfalls unternehmerisch und in Abgrenzung zu einer Mehrebenen-Geschäftsführung. Die Abgrenzung des Typs zeigt sich an reflexiven Infragestellungs- und Aneignungspraktiken im Umgang mit der Kontrollfiktion des Managements. Die Sichtbarkeit des Mangels wird aber eher aus einer zynisch bis resignativen Haltung heraus hingenommen und soll durch die praktische Einsetzung einer kollektiven Leistungsverantwortung getilgt werden. Die Kollektivorientierung zeigte sich in der Empirie am Beispiel einer bereits in Teilen erfolgreich etablierten Weiterleitungspraxis von Patient*innen zwischen Abteilungen des gleichen Fachbereichs inmitten einer neu zusammengelegten regionalen Krankenhausorganisation. Mit der Fusion gehen auch ökonomische Nachteile für einzelne an der Weiterleitung beteiligte Abteilungen einher, die Patient*innen »abgeben«, was sich wiederum positiv für den gesamten regionalen Standort bzw. den Konzern in Form der besseren Abrechenbarkeit von Komplexpauschalen auswirkt. Ferner soll dieser Umstand durch eine »gemeinsame Abrechnung« korrigiert und eine numerische Kooperation entgegen einer durch die DRG stimulierte individuelle wie umweltbezogene Konkurrenzorientierung (wie bei Typ 3) aufgebaut werden.

Durch die numerische Kooperation zwischen Abteilungen, Fachbereichen und Standorten soll die neue Krankenhausorganisation in eine symbolische wie praktische Einheit überführt werden. Allerdings zeigen sich hier Risse, da die »gemeinsame Abrechnung« von der (regionalen sowie konzernweiten) Geschäftsführung nicht eingesetzt wird, während die numerische Konkurrenz zwischen den Abteilungen und Fachbereichen im Rahmen des »normalen« DRG-Kosten- und Leistungswettbewerbs unvermindert fortbesteht, oder gar – durch eine verstärkte hierarchische »Top-Down« Praxis der Unternehmensführung mit der Vorgabe teils »utopischer Steigerungsraten« – noch intensiviert wird. Hieraus ergeben sich unterschiedliche Formen einer »gemeinsamen Mikropolitik« und damit zusammenhängend kollektive Aneignungspraktiken der Kontrollfiktion. Während eine an Typ 3 erinnernde, abteilungsbezogene Leistungsorientierung auf der akribischen Analyse numerischer Konkurrenzverhältnisse im Haus wie in der Versorgungslandschaft aufsetzt und sich die Kontrollfiktion individuell aneignet, hierüber aber in zynische Widersprüche gerät (Herr Gelmann), ergeben sich (bei Herrn Peters) fachbereichsspezifische Konjugationen als Ausdruck von mikropolitischen Praktiken des Zahlentauschs. Diese Praxis führt zu einer reflexiven Infragestellung der Objektivität der Zahlen und gebiert so ein Moment der kollektiven Ermächtigung innerhalb des medizinischen Fachbereichs, die als Surrogat einer vormalig fach- und

abteilungsübergreifend stärker gelebten Solidarität bei der Erreichung gemeinsamer Wachstumsziele fungiert.

Die vier Typen stellen sich tabellarisch wie folgt dar:

Tabelle 2 Die vier sinngenetischen Typen des funktionalen Bezugsproblems zwischen medizinischer Professionalität und ökonomischer Kalkulation

Orientierungsdilemma: Spannung zwischen medizinischer Professionalität und ökonomischer Kalkulation aufrechterhalten	Typ 1	Typ 2	Typ 3	Typ 4
	»Erfüllungsgehilfe«	Als-Ob Kooperation	Unternehmerischer Leistungsträger	Gemeinsame Mikropolitik
Sichtbarkeit des Mangels	Bedrohung, ökonomisch integrierte Patientenorientierung	Pragmatische Indifferenz, Medizinische Patientenorientierung	Konstruktiver Widerspruch, Individuelle Leistungsorientierung	Zynisch bis resignative Hinnahme, Kollektive Leistungsorientierung
»double bind« von Konkurrenz und Kooperation	Verschachtelung von professioneller und numerischer Konkurrenz	Patientenzentrierte, professionelle Kooperation zwischen Fachbereichen auf Stationsebene	Numerische Konkurrenz mit organisationaler Umwelt	Numerische Kooperation zwischen Fachbereichen oder Standorten
Verantwortung und Aktivierung	Innerhalb der eigenen Abteilung	Innerhalb der eigenen Abteilung	»patchwork« zwischen externen Personal- und Versorgungsnetzwerken	Zwischen internen Abteilungen, Fachbereichen und Organisationsnetzwerken
Objektivität der Zahlen	Ko-Optation der Kontrollfiktion wider Willen	Implizite Zurückweisung der Kontrollfiktion	Reflexive Infragestellung und individuelle Aneignung der Kontrollfiktion	Reflexive Infragestellung und kollektive Aneignung der Kontrollfiktion

7.2 Arrangements im Krankenhausmanagement

Was bedeutet dies nun mit Blick auf das Arrangement im Krankenhausmanagement zwischen Ärztlichen Direktor*innen, Chefärzt*innen und der kaufmännischen Geschäftsführung?[7] Aus Sicht der soeben rekonstruierten Typen lassen sich unterschiedliche Gelingensbedingungen für die Aufrechterhaltung der Spannung zwischen medizinischer Professionalität und betriebswirtschaftlicher Kalkulation identizifieren.

Aus Sicht des »Erfüllungsgehilfen« (Typ 1) liegt die »Lösung« entweder darin begründet, mehr betriebswirtschaftliche Befugnisse bzw. unternehmerische Machtkompetenz als Chefarzt gewährt zu bekommen oder aber mit einer Geschäftsführung zusammenzuarbeiten, die große medizinische Kompetenzen mitbringt, um im Rahmen medizinischer Leistungsplanung medizinische Bedarfe besser mit einer betriebswirtschaftlichen Erwerbsorientierung auszutarieren. Typ 2 plädiert hingegen klar aus Sicht des medizinischen Professionalismus für die Rückkehr zu einer stärkeren Qualitätsorientierung, die innerhalb professioneller Grenzen selbst bestimmt wird und sich von statistischen Qualitätsmessungen oder gar erwerbswirtschaftlichen Maßstäben distanziert. Der unternehmerische Leistungsträger (Typ 3) oszilliert stark zwischen einer fundamentalkritischen Haltung und dem Bedürfnis nach Anerkennung der eigenen unternehmerischen Kompetenzen und Leistungen durch die kaufmännische Geschäftsführung, womit letzten Endes selbst eine kaufmännische Position reklamiert wird. Typ 4 fokussiert stärker auf die praktische Einrichtung eines auch im Controlling angesiedelten Ausgleichs zwischen unterschiedlichen Leistungseinheiten. Die angemahnte Vertiefung der

7 Die Perspektive der Pflegedirektion bleibt – bis auf einige deskriptive Beschreibungen des Arrangements für das Haus »Akinovis« – systematisch unberücksichtigt. Damit soll aber nicht zum Ausdruck gebracht werden, dass diese keine Bedeutung für das Krankenhausarrangement besitzt. Ganz im Gegenteil kann die Rolle der Pflegedirektion als »vermittlende Dritte« (Wolf/Ostermann 2015) eine bedeutende Rolle spielen, gerade wenn das Verhältnis zwischen betriebswirtschaftlichen Kalkulationen und medizinischer Autonomie zunehmend dualistisch gelebt und verhandelt wird. Allerdings ist die Pflege aus Sicht der DRG keine erlösrelevante Tätigkeit, oder nur unter eng definierten Voraussetzungen, etwa wenn »Komplexpauschalen« für hochaufwendige Pflegefälle abgerechnet werden können (wie im Fall unter 6.2 kurz diskutiert). Daher wird hier auf die Pflegeperspektive verzichtet, auch wenn Etikettierung der Pflegetätigkeit aus ökonomischer Sicht als reiner Kostenfaktor höchst problematisch ist und seinen Teil zu den massiven Verwerfungen (Stichwort: Pflegenotstand) innerhalb der Krankenhauspflege beigetragen hat. Eine ausführliche Analyse und Typisierung der Arbeit von Pflegedirektionen im Krankenhausmanagement und deren Rolle im Haus-Arrangement findet sich etwa bei Vogd et al. (2018: 121-159 und 219-446), sowie bei Wolf/Ostermann (2019). Mohan (2018) hat sich der Arbeit der Pflegekräfte unter den Bedingungen der Ökonomisierung arbeitssoziologisch gewidmet.

professionellen Solidarität im Sinne einer numerischen Kooperation fußt letztlich auf der Idee einer numerischen Leistungsentdifferenzierung, die jedoch von der professionell ausgehandelten »mimetischen« Konkurrenz zu unterscheiden ist. Letztere stellt den eigentlichen Bezugspunkt dieses Typs im Hinblick auf ein gelingendes Spannungsmanagement dar, wonach erst, wenn numerische Konkurrenzverhältnisse zugunsten professioneller Rivalitäten, die zugleich eine Konjugation über das Interesse der Patient*innen mitführen, zurückgedrängt werden, auch die professionelle Kooperation zu einem auskömmlichen Maß zurückfinden kann.

Darüber hinaus ist noch auf den Beitrag der Ärztlichen Direktoren einzugehen. Es wurden insgesamt drei Chefärzte rekonstruiert, die zugleich als Ärztliche Direktoren tätig sind und hierzu befragt wurden: Herr Schlenk, Herr Gondorf und Herr Blumenthal. Herr Schlenk hat infolge seines starken professionellen Habitus Schwierigkeiten, das Orientierungsschema, der Ärztliche Direktor solle »neutral« und ausgleichend handeln, zu erfüllen. Insbesondere deshalb, weil er Möglichkeiten zur Durchsetzung eigener (Abteilungs-)Interessen sieht, welche er aber versucht hintenanzustellen. Zentral für seine Praxis ist ferner, neben der Betreuung medizinischer Projekte (wie der Verwaltung von Leitlinien im Intranet), seine »Vertrauensposition«, da es schon mal vorkomme, dass »Leute aus der Pflege oder aus dem technischen Bereich oder so mit einem Problem zu mir kommen, ob ich ihnen da nicht gegenüber der Geschäftsführung helfen kann«. Dies lässt eine gewisse oppositionelle Haltung gegenüber der kaufmännischen Haltung aufscheinen, die zum Typus der »Als-Ob Kooperation« anschlussfähig erscheint. Gleichzeitig findet der Austausch mit anderen Chefärzt*innen vor allem auf fachlicher Ebene statt, eine übergreifende Vertretung chefärztlicher Interessen findet »eher selten« (Herr Falter) statt.[8]

Herr Gondorf zeigt, wie rekonstruiert wurde, eine noch stärkere Ambivalenz auf: Einerseits agiert er als internistischer Chefarzt klassisch im Sinne des medizinischen Professionalismus relativ blind gegenüber ökonomischen Vorgaben, moniert dies aber andererseits selbstkritisch und ermahnt sich selbst und seine internistischen Kollegen, den ihnen zustehenden »Lohn« auch einzusammeln. Als Ärztlicher Direktor geriert er sich als Organisationsentwickler, wenn er seinen Führungsanspruch in Sachen Strukturwandel (die Entwicklung des Regional-

8 Interviewer: »Und (.) wie kann man sich den Austausch mit dem ärztlichen Direktor vorstellen bei Ihnen? Also ist das dann auch etwas, was eher dann über/auf der fachlichen Ebene dann passiert und/ Herr Falter: Auf der fachlichen Ebene, ja. […] Ja (seufzt). (.) Also dass der ärztliche Direktor jetzt als Sprecher der Chefärzte auftritt, (.) das ist eigentlich eher selten der Fall. In den allermeisten Fällen ist es so, dass die Chefärzte selber schon aufgefordert sind, ihre Themen in die Krankenhauskonferenz einzubringen. Und es ist eben auch eine mittlerweile personell reduzierte (…) Krankenhauskonferenz. […] Und da brauchen wir eigentlich jetzt die Vertretung durch den ärztlichen Direktor (…) für unsere Belange nicht. Wir können uns eigentlich ganz gut selber vertreten.«

krankenhauses) anmeldet und befindet sich hierdurch teilweise in Opposition zur eigenen Profession bzw. den medizinischen Abteilungen wie auch zur kaufmännischen Geschäftsführung. Als Organisationsentwickler betont er immer wieder die Einheit der Interessen und die Notwendigkeit einer gemeinschaftlichen Abrechnung und standortweiten Organisationsrationalität (die leuchtenden »Schubladen«), auch wenn er selbst – so die Zuschreibung von Herrn Peters etwa – hier nicht uneigennützig vorgeht und stets das chefärztliche Interesse im Blick hat (»le team, c'est moi«). Herr Blumenthal nimmt seine Position analog zu seinem Typus als Ärztlicher Direktor vor allem aus einer Managementperspektive wahr und betrachtet die Aufgaben des Ärztlichen Direktors als solche, die »einfach nur eine Funktionsaufgabe« darstellen. Hiermit sind in erster Linie Fragen der Strategieentwicklung sowie »administrative Dinge« und die Außendarstellung des Hauses (als »Corporate Citizen«) angesprochen, die »einfach« abgearbeitet werden.

Schließlich werden die Ärztlichen Direktoren mit den Orientierungen der kaufmännischen Geschäftsführungen kontrastiert, denen im Laufe der Analysen ebenfalls einige rekonstruktive Aufmerksamkeit zuteilwurde. Da diese vorgeblich im Namen einer »Organisationsrationalität« sprechen, ist darauf abzustellen, wie diese Rationalität zwischen einer übergreifenden Perspektive des Hauses und der Spannung zwischen ökonomischer Zielerreichung und medizinischer Patientenbehandlung situiert wird. Was die »Organisationsrationalität« anlangt, müssen mit Bezug auf Rohde (siehe oben 4.1.3) sowohl Innen- wie auch Außenspannungen des Krankenhauses sowie das Selbstverständnis des Managements zur Erklärung herangezogen werden, das Ausdruck des funktionalen Bezugsproblems zwischen Autonomie und Kalkulation darstellt (siehe auch Vogd 2018a).

7.2.1 Arrangement 1: Controllingbasierte Führung von »Persönlichkeiten« und Leistungsexpansion in der »Grauzone« des Versorgungsauftrags

Im Zuge der Rekonstruktionen wurde insbesondere die kaufmännische Perspektive im »Klinikum Wahlstädt« von Herrn Helmstedt, dem Controller Herrn Sievers und Frau Martens, der Qualitäts- und Klinikmanagerin, analysiert. Im gleichen Haus wurden zugleich Typ 1 und Typ 2 entwickelt, die hierauf bezogene funktionale Problemlösungsmuster aufwiesen. Herr Helmstedt ist als dominanter Akteur der Geschäftsführung hervorzuheben: Mit Blick auf relevante Außenspannungen sieht er einen neuen ökonomischen »Druck« am Werke, mit dem sinkende Investitionsmittel und ein erhöhter Kontrolldruck durch Einzelfallprüfungen des MDK einhergehen. Die Prüfungen durch den MDK werden nicht selten juristisch ausgefochten, insbesondere dann, wenn es der Expansion eines medizinischen Leistungsbereichs, der häufig durch medizinischen Indikationen in der »Grauzone« des Versorgungsauftrages entwickelt wird, dient. Aus der Wachstumsorientierung resultieren Innenspannungen, die geprägt sind von chefärztlichen »Persönlichkeiten«,

die zur Erfüllung der vorgegebenen Leistungsziele durch die Geschäftsführung geführt werden müssen (»An-die-Hand-nehmen«). Eine der variablen Führungspraktiken ist ein Sparring mit dem Controlling, welches auf individueller Ebene mit den Chefärzt*innen im ständigen Austausch zu medizinischen Kennzahlen steht und mit diesen Leistungsvereinbarungen unter Abwesenheit des Geschäftsführers vorbespricht, bevor dieser die Zahlen letztgültig mit den Chefärzt*innen individuell ausverhandelt. Eine andere ist es, wie bei Frau Martens gezeigt werden konnte, mit Bezug auf »objektive« Daten, die im Medizincontrolling produziert werden sollen, Streitigkeiten zwischen Chefärzt*innen um eine gerechte OP-Belegung zu schlichten bzw. diese so lange auszusitzen, bis derlei Zahlen verfügbar sind. Insgesamt zeigt sich im Klinikum »Wahlstädt« eine moderate Erwerbsorientierung und zugleich eine sehr controllingaffine, auf enge Prozesssteuerung abzielende Managementorientierung, die aus einer hierarchischen Position heraus reklamiert wird (»Wir hier oben, wir müssen das Ganze zusammenhalten«). Zugleich wird die Rationalität ärztlichen Handelns mitgeführt, so dass durchaus ein praktischer Sinn für die besonderen patientenbezogenen Verpflichtungen des Krankenhauses fernab des ökonomischen Drucks erkennbar ist.

7.2.2 Arrangement 2: Lose Kopplung von medizinischer Outputsteuerung und unternehmerischen Chefärzt*innen

Ein derartiger praktischer Sinn wird bei den Managementorientierungen, die mit Blick auf Typ 3 (»Unternehmerischer Leistungsträger«) rekonstruiert wurden, nur teilweise offenbar. Es wurde mit der kaufmännischen Direktorin Frau Henschel aus dem Haus »Verolina«, dem auch Herr Blumenthal angehört, eine Perspektive rekonstruiert, die stark in selbstreferenzielle Schlüsse einer konzernweiten Outputsteuerung eingebunden ist. Anhand quantitativer Qualitätsvergleiche zwischen dem gesamten stationären Versorgungssystem und den Konzernstandorten werden quanti-qualitative Leistungsziele ausgegeben, die das jeweilige Leistungsspektrums des Standortes ausweiten und ein »Fallzahlwachstum« erschaffen sollen, das an der Erreichung systematisch fixierter Renditeziele (pro Jahr eine feste prozentuale Steigerung von X als »unverrückbare Regel«) orientiert ist. Diese Ziele werden mit Chefärzt*innen zwar gemeinsam bestimmt, leiten sich aber von den Renditeerwartungen des Konzerns ab und können gar – wie am Beispiel von Herr Habert gezeigt werden konnte – in einer vollauf idealistischen Entkopplung zwischen der tatsächlichen Arbeit des ärztlichen Personals und dem Erreichen wirtschaftlicher Effizienz- und Zielvorgaben im Sinne des epistemischen Kurzschlusses (dem [DK] bei Latour) münden.

Im Gegensatz zu Arrangement 1 und der Führungslogik im Klinikum »Wahlstädt« zeigt sich hier aber insgesamt eine »nur« als lose zu bezeichnende Kopplung im Sinne einer Kontextsteuerung, da die Umsetzung der Leistungsziele allein den

Chefärzt*innen obliegt, die in unternehmerischer Art und Weise Mittel (die Geschäftsführung stellt hier neben Investitionen lediglich »Kommunikationsmittel« zur Verfügung) und Wege finden müssen, die Ziele zu erreichen, wenn sie Stellenstreichungen (inklusive der eigenen) entgehen wollen. Herr Fürstenberg, kaufmännischer Direktor des Krankenhauses »Hermelin«, offenbarte eine ähnliche Orientierung, wenn auch mit anderen strategischen Überlegungen. Er diversifiziert medizinische Leistungen und steigert Fallzahlen durch hohe (ebenfalls vom Klinikkonzern getragene) Investitionen in einen »Coup« (Akquise eines Kassenarztsitzes durch den Chefarzt Herrn Schmidt als Privatperson), mit dem systemische Versorgungsgrenzen praktisch ausgehebelt werden sollen. Chefärzte fungieren hier wiederum als nur lose mit der medizinischen Outputsteuerung gekoppelte, transgressive Unternehmer und Geschäftspartner, die helfen, betriebswirtschaftliche Unsicherheiten (ambulante Einweisung von Patient*innen) projektbezogen zu absorbieren und den »Marktanteil« des Krankenhauses sukzessive zulasten etablierter ambulanter Versorgungsstrukturen zu erhöhen. Ein ähnliches, wenn auch weniger auf Expansion zielendes Arrangement konnte auch am Beispiel der Geschäftsführung (Herr Heckmann und Herr Stehrig) des »Klinikum zur Wessel« rekonstruiert werden. Diese befindet sich nach Übernahme eines insolventen Krankenhauses noch in der Konsolidierungsphase und setzt darauf, verloren gegangenes Vertrauen des sozialräumlichen Umfelds zurück zu gewinnen. Hierunter fällt auch das netzwerkförmige »patchwork« des Chefarztes Herrn Hocke, der dieses in einer prekären Balance zur Geschäftsführung zwischen chefärztlicher Eigenverantwortung, mikropolitischer Informationskämpfe und personaler Integrität zu halten sucht. Eine ausgeprägte Zahlenaffinität der Geschäftsführung ist hier allerdings nicht zu erkennen. Eher wird die Führung (insbesondere der kaufmännische Direktor) im Sozialraum selbst aktiv und sucht – analog zu Herrn Hocke – nach Zugängen zu informellen Zirkeln (von niedergelassenen Ärzt*innen und Patient*innen) und will deren Feedback als Gradmesser für medizinische Qualität heranziehen (Herr Stehrig: »Sind aber jetzt auch nicht so zahlgetrieben, wie gesagt, dass wir da (...) denen dann vorrechnen ja, das (...)/nach unserer Berechnung oder so müsste das so und so viel mehr sein. [...] Wenn das Patientenfeedback gut ist, dann sagen wir okay, dann kommt das auch von alleine, als wenn man da irgendwie jetzt nur irgendwelche Berechnungen machen, die ohnehin dann umstritten sind«).

7.2.3 Arrangement 3: Zwischen gemeinsamer »Portfolioarbeit« und einem Organisationswandel von »Top-Down«

Zu guter Letzt ist noch die Frage nach dem Arrangement im Regionalkrankenhaus »Akinovis« zu beantworten.[9] Vor dem Hintergrund einer Regionalisierung von Standorten, die der Krankenhauskonzern vor wenigen Jahren durchgeführt hat, wurde ein Prozess zwischen Geschäftsführung und Chefarztkonferenz rekonstruiert, der unter dem Banner der »Portfolioarbeit« durchgeführt wird und in dem »Fachabteilungen auch regionsübergreifend zusammengeführt werden« (Pflegedirektorin Frau Schwerdtfeger) sollen. Die stärkere Kooperation wurde von der regionalen Geschäftsführung initiiert mit dem Ziel, stärker »OP-Kapazitäten auszunutzen regionsübergreifend« und damit Leerlauf zu verhindern und die Kosteneffizienz der verwendeten Geräte und Abteilungen zu erhöhen. Die Analyse konzentrierte sich auf Auseinandersetzungen um ein angemessenes Verhältnis von Konkurrenz und Kooperation und zeigte vertikale wie horizontale Konfliktlinien auf. Die Zusammenlegung von Standorten sei grundsätzlich »immer schon auf Konkurrenz eigentlich angelegt« (Frau Wendels, Supervisorin im Rahmen der Prozessbegleitung) und spielt sich vor dem Hintergrund einer breit angelegten »Zentralisierung« ab, in der die Eigenheiten kleiner Häuser »gleichgeschaltet« würden. Interessanterweise aber wird die von den *Chefärzt*innen* erbetene numerische Gleichschaltung im Sinne einer »gemeinsamen Abrechnung« (Herr Gondorf) der nun stärker kooperierenden Fachbereiche von Seiten der Geschäftsführung (zentral wie regional) nicht entsprochen. Damit wird ein Arrangement offensichtlich, dessen verstärkte professionelle Kooperation zwischen Abteilungen bzw. Fachbereichen vor dem Hintergrund einer in Teilen bereits gelebten Praxis der Weiterleitung von Patient*innen dort an seine Grenzen gerät, wo die zentrale, numerische Planungs- und bürokratische Dispositionsgewalt der Geschäftsführung in Frage steht. Gemeinsam berechnet zu werden, würde für die Chefärzte nämlich bedeuten, auch Budgets gemeinsam mit der Geschäftsführung zu verhandeln und an einem gemeinsamen Ergebnis gemessen zu werden, gegen das sich dann auch ggf. *gemeinsam* opponieren ließe.

9 Leider ist dies aufgrund geringer empirischer Evidenzen nicht ohne Einschränkungen zu leisten, da die Perspektive der Geschäftsführung nur teilnehmend beobachtet, aber nicht in einem eigens geführten Experteninterview rekonstruiert werden konnte. Aus dieser teilnehmenden Beoabachtung, der kontrastierenden Zusammenschau der drei unabhängig befragten Chefärzte (und dem Ärztlichen Direktor Herrn Gondorf) sowie der Perspektive der Pflegedirektorin des Hauses Frau Schwerdtfeger, die als Teil der Krankenhausleitung am Prozess beteiligt war und hier auch einfließt, ergibt sich aber ein Bild, das als hinreichend für die Rekonstruktion des Arrangements angesehen werden kann. Zusätzlich wurde ein Gespräch mit der externen Supervisionskraft, Frau Wendels, geführt, die den Change-Prozess begleitet hat. Daraus fließen ebenfalls Einsichten in die Rekonstruktion mit ein.

Offensichtlich wird genau dies von der Geschäftsführung nicht gewährt vor dem Hintergrund einer konkurrenzorientierten Leistungssteuerung *einzelner* Abteilungen mit Hilfe der DRG. Unisono werden im Rahmen der Portfolioarbeit *Einzelkontrakte* mit betroffenen Chefärzt*innen geschlossen, die das Steuerungsproblem indivividuell zu lösen suchen. Dies verleitet Herrn Peters dazu, hierin ein zunehmend auch gelebtes »Top-Down-System« zu erkennen, das zur besseren Abrechenbarkeit und Gewinnerzielung durchaus auf professionelle Kooperation setzt, zugleich aber nicht gewillt ist, den Hebel einer *abteilungsspezifischen* medizinischen Leistungssteuerung und somit die eigenen Möglichkeiten zur Leistungsdifferenzierung aus der Hand zu geben. Die Strategie des »divide et impera« vollzieht sich auch vor – wie hier rekonstruiert – äußerst fragil erscheinenden solidarischen Mikropolitiken innerhalb der Ärzteschaft, in der der gemeinsame Fluchtpunkt ärztlicher Konjugation – die Patient*innen – zunehmend in seine diagnosespezifischen und prozeduralen Einzelteile zerlegt und der mangelbasierten Konkurrenz zwischen Abteilungen weiter preisgegeben wird.

Die Rekonstruktionen lassen tabellarisch wie folgt zusammenfassen:

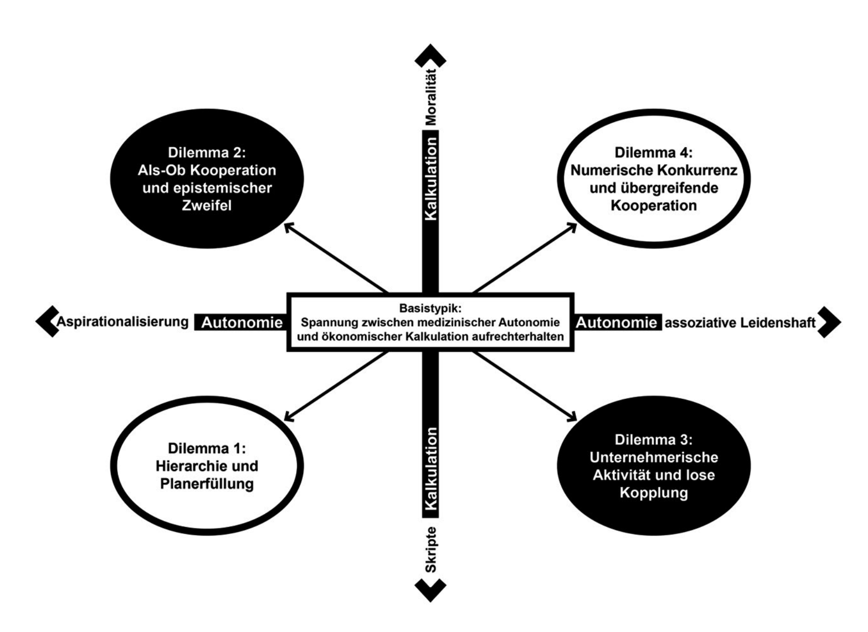
Tabelle 3 Die drei Management-Arrangements im Krankenhaus zwischen medizinischer Professionalität und ökonomischer Kalkulation

Arrangements mit Blick auf das Orientierungs-dilemma	Arrangement 1	Arrangement 2	Arrangement 3
Perspektive kauf-männische Direktion	Klinikum »Wahlstädt«: - Außenspannung: ökonomischer »Druck« - Bearbeitung: (notfalls juristisch erstrittene) Ausweitung des Leistungsspektrums in »Grauzone« des Versorgungsauftrags - Innenspannung: ökonomische Überschüsse erwirtschaften - Bearbeitung: Führung von chefärztlichen »Persönlichkeiten« durch enge Kopplung von variabler Führung und Leistungscontrolling in Interaktionen	Krankenhaus »Verolina«: - Außenspannung: Renditeerwartungen des Konzerns erfüllen - Bearbeitung »Leistungs«- und »Personalmix« berechnen Innenspannung: - Chefärzte »unterstützen« bei Zielerreichung - ethische Verpflichtung zu Gewinn- und Renditeerwirtschaftung durchsetzen »Klinikum zur Wessel«: - Außenspannung: - Reputation und Vertrauen in Leistungsfähigkeit und Qualität neu aufbauen - Bearbeitung: - Vernetzungspraktiken als GF stärken und Feedback zu Leistung der Ärzte einholen (bei Einweisern, Patienten) - Innenspannung: Ökonomische Ziele und medizinische Qualität austarieren - Bearbeitung: - Abteilungsleiter-Autonomie stärken Krankenhaus »Hermelin«: - Außenspannung: ambulanten Sektor als weiteres Geschäftsfeld erschließen, ohne Kassenärzte und Versorgungsnetzwerk zu verärgern - Bearbeitung: - »Coup«: Akquise eines KV-Sitzes mit Chefarzt des Hauses	Krankenhaus »Akinovis«: - Außenspannung: - unsicherer Mittelzufluss bzw. langwierige Beantragung von Geldern bei Klinikkonzern für Neubau von Zentral-OP Bearbeitung: - Prozessreorganisation am Regionalstandort, die ohne neue investive Mittel auskommt - Innenspannung: - Regionale Umverteilung von OP- und Betten-kapazitäten - Bearbeitung: - supervidierter Prozess der »Portfolioarbeit« zwischen Regional-geschäftsführung und Chefarztkonferenz
Perspektive Chefarzt	- Mehr Macht als Abteilungsleiter oder medizinisch kompetentere Geschäftsführung - Professionell bestimmte Qualitätsorientierung stärken	- Zwischen DRG Abschaffen und mehr Anerkennung der eigenen unternehmerischen Kompetenzen und Leistung durch Geschäftsführung	- Mehr professionelle Solidarität und numerische Leistungsent-differenzierung
Perspektive Ärztlicher Direktor	- Vertrauensperson außerhalb der Krankenhausleitung - Oppositionelle Haltung in der Krankenhausleitung - Primär fachlicher Austausch mit Chefärzt*innen, nur selten direkte Vertretung übergreifender chefärztlicher Interessen	- Erweiterte Funktionsaufgabe (Strategieentwicklung, Administration) innerhalb des Managements - »Corporate Citizen« nach außen	- Ambivalenz zwischen Organisationsentwickler und Vertreter (eigener) chefärztlicher Interessen
Organisationsrationalität	- Prozesssteuerung - »Spielregeln« (ökonomischen Druck) beachten und erwerbswirtschaftlich handeln vs. Eigenheiten der professionellen Persönlichkeiten anerkennen	- Kontextsteuerung - Legitimitäts- oder Profitabilitätsziele erreichen vs. Leistungsautonomie der Chefärzte aktivieren	- »Top-Down« Steuerung - Leistungskonkurrenz durch Konzernzentrale vs. klinikübergreifende medizinische Kooperation am Regionalstandort
Kontextvariable Räumliche Lage	Großstadt	ländliche bis mittelgroße Stadtlage	Großstadt
Kontextvariable Wirtschaftliche Situation	Moderates Wachstum: Spezialisierung von Leistungen, Ausweitung des Versorgungs-auftrags	Konsolidierung: Reputationsaufbau bis Profitabilität	Über- und Unterkapazitäten intern austarieren: Auslastung erhöhen bzw. besser verteilen (Fallzahlwachstum oder Patient*innen intern weiterleiten)
Kontextvariable Krankenhausträger bzw. Rechtsform	GmbH, Privater Träger (Verbund aus zwei Krankenhäusern), kein institutioneller Gesellschafterkreis	GmbH oder GmbH und Co. KG, Privater Träger (mittelgroßer bis großer Klinikkonzern), institutioneller Gesellschafterkreis	GmbH, Öffentlicher Träger, (großer Klinikkonzern), Gesellschafter ist die öffentliche Hand
Kontextvariable Größe	+350 Betten	200 – 300 Betten	+500 Betten

7.3 Konklusion: Das Verhältnis von Autonomie und Kalkulation im zeitgenössischen Krankenhaus

Nach Einordnung der empirischen Analysen in einen typologischen Rahmen (sinngenetische Typen und Managementarrangements auf Grundlage der funktionalen Basistypik) geht es nun noch darum, den Blick wieder etwas zu weiten und Schlussfolgerungen für den Untersuchungsgegenstand »Krankenhausorganisation« und die metatheoretischen Vorannahmen dieser Arbeit zu präsentieren. Hierzu wird zunächst in grafisch komprimierter Form dargestellt, wie sich das Verhältnis von Autonomie und Kalkulation im modernen Krankenhaus abschließend rekonstruieren lässt:

Abbildung 2 Verhältnis von Autonomie und Kalkulation im zeitgenössischen Krankenhaus (eigene Darstellung)



Das Verhältnis lässt sich ausgehend von der rekonstruierten funktionalen Basistypik in vier Quadranten einteilen, die je eigene Spannungslagen zwischen Autonomie und Kalkulation aufweisen und mit den vier sinngenetischen Typen sowie den Arrangements korrespondieren. Die *horizontale Achse* der Autonomie spannt sich dabei als Kontinuum zwischen »Aspirationalisierung« und »assoziativer Leidenschaft« auf. Diese beiden Begriffe verweisen auf eine Verbindungslinie zwischen organisierten Fiktionen durch Zahlen (»Aspirationalisierung«) und den »lei-

denschaftlichen Interessen« [BIN] der Organisationsmitglieder, in unserem Fall Ärzt*innen, die »neue Fähigkeiten und Eigenschaften« (Latour 2014: 578) entwickeln, wenn sie einen akzeptablen habituellen Umgang mit den Zahlen und Rechenvorrichtungen finden. Die Achse wird somit als Kontinuum einer erweiterten Bindung verstanden, die gewissermaßen zum klassischen medizinischen Professionalismus hinzutritt, der nicht einfach so verschwindet. Vielmehr führt das Eklatant Werden der »notorischen Diskrepanz« zwischen »habitualisierter Praxis und normativen (und identitätsbezogenen) Erwartungshorizonten« (Bohnsack 2017: 240) infolge der *expliziten* Entgegensetzung von betriebswirtschaftlichen Kalkulationen und medizinischen Behandlungspraktiken zu einer verstärkten Auseinandersetzung mit der eigenen, in kollektiven Erfahrungen mit anderen Mitgliedern der Bezugsgruppe verankerten Autonomie *und* den betriebswirtschaftlichen Kalkulationen gleichermaßen. Das Vorhandensein dieser ausgeprägten Spannung als »implizite Reflexion« eines »Orientierungsrahmens im weiteren Sinne« hatte sich an der Erfahrung einer *Verkehrung des Gewöhnlichen* gezeigt, die immer dann reaktualisiert wurde, wenn die Spannungen zu groß bzw. praktische Bewältigungsformen (noch) nicht greifbar waren. Das Gelingen der Habitustransformation hängt somit davon ab, dass die »Bewältigung des Spannungsverhältnisses selbst wiederum – in welcher Weise auch immer – in eine Praxis überführt wird« (ebd.: 241).

Diese Praxis steht in Korrespondenz mit der *vertikalen Achse* der Kalkulation, die zwischen den von Latour entlehnten Begriffen der »Skripte« [ORG] und »Moralität« [MOR] verläuft. Anstatt bei Zahlen und Recheninstrumenten auf die formalmathematische *Idee* einer exakten Berechenbarkeit abzustellen, geht es auf diesem Kontinuum um die *praktische* Tätigkeit der Recheninstrumente als »Wertmesser«, die ein besondere Art von »quali-quantitativen Daten« hervorbringen, indem sie »Tatsachen und Werte« miteinander verschmelzen. Sie erlauben es der Organisation damit, messende *Maß*nahmen zu ergreifen und zu »verteilen, wer wem wieviel und über einen wie langen Zeitraum schuldet (Latour 2014: 553). In ihrer »Funktion, gleichzeitig, *das*, zu verteilen, was zählt, und *die*, die zählen« (ebd.: 550) verschieben sie tradierte medizinische Abläufe, damit zusammenhängende Zuständigkeiten, Wertigkeiten und berufsgruppenspezifische Kooperationen. Daraufhin stellt sich die Frage, ob sie nun bloß Veränderungen herbeigeführt haben oder ob die ständige Infragestellung aller organisatorischen Routinen und Verfahren auch zu etwas nutze ist? Und wenn ja, um was für einen Nutzen handelt es sich dann? Welcher Wertbezug kommt hier zum Ausdruck?

Ausgehend von dem paradoxen Auftrag: *»Das Optimum muß berechnet werden, während es unberechenbar ist«* (Latour 2014: 622f., Hervorhebung im Original), kommt es darauf an, ob insbesondere die kaufmännischen Akteur*innen durch die »quali-quantitiven Daten« der Krankenhausökonomie das eigene Tun genügend in Frage stellen (können) und die moralische Erfahrung machen, nicht quitt zu sein. Andernfalls laufen sie Gefahr, ihren wichtigen, paradoxen Auftrag in einen epistemi-

schen Kurzschluss zu verwandeln und die Realität der Berechnungen mit der Realität der Krankenbehandlung zu verwechseln. Ausgehend von der Basistypik wird dann nachvollziehbar, dass die *Aufrechterhaltung* der Spannung zwischen medizinischer Autonomie und ökonomischer Kalkulation nur gelingt, wenn der jeweils als Gegenhorizont erlebte kommunikative Wissensbereich auch in konjunktiver Form erfahren und auf eigene Weise inkorporiert wird. Da das DRG-System und die hiermit einhergehende Spannung zur Zeit der Interviewführung bereits zehn Jahre Bestand und Zeit hatte, sich im organisationalen Gedächtnis wie in den verkörperten Wissensgehalten der Krankenhausakteur*innen zu etablieren, war dies auch empirisch rekonstruierbar.

Das erste Dilemma befindet sich der Grafik zufolge in einer habituellen Spannung zwischen Aspirationalisierung und organisationalen Skripten. Es kreist vor dem Hintergrund des basalen Bezugsproblems insbesondere um die »fortwährende Induzierung von Ordnungs- und Regulierungsansprüchen« (Vollmer 2004: 460) durch eine über hierarchische Planungsgewalt verfügende kaufmännische Geschäftsführung und das damit einhergehende »Beunruhigungspotential eingelebten organisierten Rechnens« (ebd.). Im Unterschied zum vierten Dilemma, in dem nicht erreichte Leistungsziele als »Problem des Plans« nach »oben« zurückgewiesen werden, fühlen sich die medizinischen Akteur*innen von den ökonomischen Anforderungen (dem Ausweis des Mangels) bedroht und empfinden die neue Konstellation als »unangenehm«, stehen also vor allem auf affektiver Ebene in Auseinandersetzung mit der basalen Spannung. Gleichzeitig ist hier (entgegen Dilemma 3 und 4) kein ausgeprägtes Interesse, keine Leidenschaft für das neue Aufgabenfeld zu erkennen, vielmehr wird aus der leidvollen Position des »gespaltenen Habitus« (Bourdieu 2004, siehe oben 3.2) heraus gesprochen, »ursprünglich […] auf keinen Fall eine ökonomisch orientierte Medizin betreiben« (Herr Falter) zu wollen und es mittlerweile doch zu müssen.

Umgekehrt ist die kaufmännische Leitung hierbei aufgefordert, eben diese unternehmerische Einbindung zu ermöglichen, Chefärzt*innen so partizipativ zu führen, dass sie reflexiven Zugang zu den ökonomischen »Spielregeln« und Kalkulationen erhalten und ihnen zugleich situativ Wege aufzeigen, den Leistungsanforderungen auch habituell – mal mit Abstand, mal mit offenem Interesse – selbstständig gegenübertreten zu können. Trotz einer »Ko-Optation wider Willen« zeigen sich hier deutliche Ansätze einer situativ gelingenden Verschachtelung von akutmedizinischen, explizit nicht-ökonomischen Behandlungspraktiken mit impliziten ökonomischen Zukunftskalkülen [ORG]. Ärzt*innen verfahren hier nach dem Motto: ich signalisiere meinen Patient*innen, dass ich sie nicht auf Grundlage der DRG-Anreize behandle und weiß zugleich, dass hierdurch das Vertrauen in die Arzt-Patienten-Interaktion gestärkt und zu einer engeren Patient*innenbindung und höheren Fallzahlen in der Zukunft führen wird. Auch am Beispiel der Reorganisation des »Nadelöhrs« der OP-Planung zeigte sich, dass die Ausrichtung an

medizinischen Produktionszukünften eher dann gelingt, wenn kollektive Verständigungsformen greifen und hierüber neue Abläufe und Zuständigkeiten erzeugt werden, die »Begehren und Mangel« (Latour 2014) zwischen den operierenden Abteilungen besser austarieren.

Die Herausforderungen des zweiten Dilemmas liegen eher auf der Achse Aspirationalisierung/Moralität. Aus der habituellen Orientierung des medizinischen Professionalismus heraus zeigt sich eine ausgeprägte *Indifferenz* gegenüber ökonomischen Zukünften und eine implizite Zurückweisung der Kontrollfiktion des Managements (»Aber wir behandeln die Patienten, die kommen«, Herr Schlenk). Daher liegt die Herausforderung insbesondere darin, sich gemeinsam mit der Geschäftsführung über numerische Vorgaben auseinanderzusetzen und in Anerkennung der jeweils anderen Rationalität ein gemeinsames Verständnis zu erarbeiten und gegenseitiges Vertrauen aufzubauen für den Fall, dass Zahlen mal wieder »unrealistisch« (ders.) erscheinen. Bevor also prozessbezogene Fragen der Verschachtelung medizinischer, ökonomischer und anderer Rationalitäten (wie im ersten Dilemma) geklärt werden können [ORG], erscheint es zunächst nötig, die jeweiligen Gegenhorizonte (»super Arzt« trotz Desinteresse seitens der Geschäftsführung, Herr Helmstedt; »dachte der Controller spinnt« seitens des Chefarztes, Herr Schlenk) offenzulegen. Ein An-den-Pranger-Stellen in Besprechungen könnte zugunsten einer gemeinsamen Reflexion der Zahlen zurückgestellt werden [MOR]. Hierdurch erschiene ein modus operandi möglich, der über eine »Als-Ob-Kooperation« hinausginge und die kalkulativen Kontexte und Strategien praktisch werden ließe, auch wenn die Kontrollfiktion des Managements hierdurch nur noch stärker zum Vorschein käme.[10]

Im dritten Dilemma verläuft die Spannung zwischen organisationalen Skripten und assoziativer Leidenschaft, allerdings werden die habituellen Spannungen hier nicht im gleichen Ausmaß (wie in Dilemma 1 und 4) ausgehalten. Unternehmerische Ärzt*innen stimmen zwar nicht zwangsläufig mit den numerischen Vorgaben und ökonomischen Ideen ihre Arbeit betreffend überein (die Kritik kann durchaus radikal ausfallen und mit starken Affekten einhergehen, wie sich am Fall von Herrn Schmidt gezeigt hat, und sogar bis hin zum »Exit« reichen [MOR]), trotzdem wird

10 Vgl. die bereits zitierte Passage von Herrn Schlenk, die dies stellvertretend zum Ausdruck bringt: »[…] eine Geschäftsführung neigt schon dazu, sich irgendwelche Planzahlen auszudenken, die nicht erfüllbar sind, ja. Also das ist jetzt nur ein Beispiel, was ich mir ausdenke. Es gibt nicht beliebig viele Schlaganfälle. Und wenn Sie einer Stroke Unit vorschreiben, so und so viele Strokes zu machen, und die Leute kriegen halt keinen Schlaganfall, was wollen Sie da machen? Dann ist es halt unrealistisch. Und das muss man einem Geschäftsführer dann klarmachen. Das ist natürlich nicht unbedingt leicht, weil – dazu müsste man die Fallzahlen in [Stadt] kennen. Und dann sagt der womöglich, ja, ihr müsst halt die Apoplexie [Schlaganfälle, Anm. K. M.] von anderen Kliniken abziehen. Aber wie macht man das?«

kontinuierlich an der Eröffnung neuer individueller Handlungs- und Gestaltungsspielräume gearbeitet, nicht zuletzt, um den Führungsanspruch einer kaufmännischen Geschäftsführung in Zweifel zu ziehen [ORG]. Diese muss die lose Kopplung zwischen den durch Controllinginstrumente informierte Leistungsvorgaben und der individuellen Mittelgestaltung, die sich aus den neuen umweltorientierten Aktivitäten ergeben, letztlich akzeptieren, will sie der transformativen Leistung, der »assoziativen Leidenschaft« [BIN] der unternehmerischen Ärzt*innen nicht verlustig gehen. Immerhin bleibt der Geschäftsführung die begründete Zuversicht, dass diese in ihrer Überzeugung, besser unternehmerisch zu agieren als die eigene Unternehmensleitung, sich die Kontrollfiktion des Managements individuell aneignen und so zu einer Fallzahl- bzw. Produktivitätssteigerung beitragen.

Das vierte Dilemma bewegt sich auf der Achse zwischen assoziativer Leidenschaft und Moralität. Ärzt*innen haben sich längst im Sinne der Aspirationalisierung in »DRG-Welten« (Herr Peters) eingelebt, suchen aber nach Möglichkeiten, das Problem der Moralität des Rechnens sozial zu adressieren und auf kollektivem Wege – etwa über eine »gemeinsame Abrechnung« (Herr Gondorf) von Leistungskollektiven – zu lösen [ORG]. Sie optieren insbesondere für strukturelle Veränderungen und einen organisationalen Wandel, der als Reaktion auf die zentrale Dispositionsgewalt eines anonymen Konzerns für dezentrale Lösungen steht. Da der Konzern aber allzu gerne »Verschiebebahnhof« (Herr Peters) der Verantwortlichkeiten spielt und übergreifende professionelle Solidaritäten infolge numerischer Konkurrenzverhältnisse schwach sind, konzentrieren sich die assoziativen Leidenschaften auf fachbereichsspezifische Interessen [BIN]. Hierzu scheint es opportun, die gestalterische Freiheit und Macht der Sparten bzw. Abteilungen wieder zurück in die rivalisierenden Hände der einstiegen Herren der organisierten Krankenbehandlung nach dem Vorbild der Expertenbürokratie zu legen.

Da dies aber ebenso unerreichbar erscheint, erhalten mikropolitische Dynamiken Auftrieb, die dann immerhin Surrogate einer kollektiven Verständigung im Sinne eines moralischen Rechenkollektivs zur Verfügung stellen [MOR]. Die geläufige Unterscheidung zwischen formellen und informellen Regeln entlang einer verbindenden Organisationskultur werden hier unterlaufen, da diese nicht auf extern (in der Abteilung für Unternehmenskommunikation oder -entwicklung) definierten Regeln beruht, sondern innerhalb fachbereichsspezifischer Gruppen entsteht, wenn betriebswirtschaftliche Zahlen und Zielvorgaben untereinander ausgetauscht und gemeinsam erörtert werden. Zugleich leiten sich die Vergleichshorizonte innerhalb der zahlentauschenden Fachbereiche aus den DRG her, deren Logik auf ähnliche Ressourcenverbräuche von Diagnosegruppen und damit gemeinsame Indikationen und Prozeduren abstellt. Dies eröffnet dem Konzern die Möglichkeit, diese Formen fachbereichsspezifischer Konjugation wenigstens in Ansätzen nachzuvollziehen und *gegenzurechnen*.

Zusammenfassend gründet sich das Verhältnis von Autonomie und Kalkulation, wie es sich in den vier Dilemmata abbildet, auf einer »Doppelbödigkeit« der Zahlen, da »kompentente Teilnehmer in den Zahlen vordergründig und transparent artikulierte Informationen als auch Hinweise auf verborgene Wirklichkeiten, Potenziale und Chancen erblicken« (Vollmer 2013: 37) können. Genau dieser nur in der Praxis zu erzielende Kompetenzaufbau war Gegenstand der empirischen Analysen und sinngenetischen Typisierungen. Er wird einerseits erleichtert, wenn die Beunruhigung, die von den Zahlen ausgeht, in Regulierungs- und Ordnungsansprüche überführt wird (»Aspirationalisierung«), die Anschlussfähig an professionelle Wissensgehalte und ärztliche Handlungsautonomien sind oder diesen etwas Neues hinzufügen, so, dass die von Zahlen induzierte Beunruhigung in ein tieferes Selbst- und Weltverhältnis mündet (»assoziative Leidenschaft«). Andererseits trägt ein reflexiver Umgang mit betriebswirtschaftlichen Kalkulationen dazu bei, die komplexen und fragilen Wertbezüge der ökonomischen Rechnungen zu bewahren und hinter ihnen tatsächlich mehr zu erblicken, als bloße Rechenspiele, sie als reale Virtualitäten zu begreifen, die *fähig sind zu wirken*. Es geht im Rahmen einer performativen Krankenhausökonomie zwischen Autonomie und Kalkulation, darum, ökonomischen »Wesen, zu begegnen, die in der Lage sind, einen zu beunruhigen. WESEN mit noch offenem ontologischen Status, die gleichwohl fähig sind, einen dazu zu bringen, etwas zu tun, fähig, zu verstören, insistieren, einen zu verpflichten, richtig von ihnen zu sprechen bei Gelegenheit« (ebd.: 238).

Was geschieht, wenn dieser Kompetenzaufbau durch den epistemischen Kurzschluss einer rationalistischen Krankenhausökonomie gestört wird, zeigt sich an folgenden Ausführungen eines bislang nicht zitierten Chefarztes für Innere Medizin, der hier stellvertretend zum Qualitätsmanagement abschließend zu Wort kommen soll und dessen Ausführungen unkommentiert bleiben:

»*Interviewer:* Also was für eine Rolle spielt das Qualitätsmanagement für Sie in Ihrer alltäglichen Arbeit und wie wird das in Ihrem Hause aus Ihrer Perspektive gehandhabt?
Chefarzt: Es gibt ja diese, in manchen Häusern zweijährigen, jetzt gibt es auch die jährlichen ISO-Geschichten die gemacht werden […]. Und sicherlich sind das rein formelle Dinge, Arbeitsanweisungen die ein gewisses Qualitätsniveau hinterlegen sage ich mal per Papier, aber ich muss mal sagen es wird auch zu 95 Prozent so gelebt. Wir haben also Verfahrensanweisungen entwickelt so wie wir die Arbeit hier machen und so haben wir sie auch angefasst. Ob man sich in jedem Fall bei jedem Patienten zu jeder Minute daran hält, darüber, das muss man selbstkritisch sagen ist sicherlich nicht so der Fall, aber man, das Grundkonzept stimmt schon zu 90 Prozent und daran arbeiten wir. Wir haben also bestimmt hunderte von Verfahrensanweisungen, Arbeitsanweisungen wie welche Dinge zu organisieren sind und wir werden immer mal bei den ISO-Überprüfungen eines

Besseren belehrt, dass man doch noch etwas verbessern kann. Und dann versuchen wir das. Es ist schon eine gute Sache, ob man in jedem Fall und immer wieder um jedes Qualitätssiegel kämpfen muss, dazu habe ich meinen eigenen Standpunkt, wenn ich mir z.B. überlege: Wir kämpfen um den Titel ›Schmerzfreie Klinik‹, dann tut mir das irgendwo innerlich weh, so was gibt es solche Zertifikate, dann frage ich mich: »Was haben eigentlich die Kollegen früher gemacht? Haben die ihren Patienten Schmerzen zugefügt? Haben die gesagt: ›Also pass auf. Das interessiert mich gar nicht Deine Schmerzen.‹« Das ist so ein bisschen ein Hammerschlag gegen die Kollegen, die viele, viele Jahre gearbeitet haben. Ich arbeite seit 30, 35 Jahren. Für mich stand immer als oberstes Gebot, dass der Patient keine Schmerzen hat. Und dass man dafür auch entsprechend zu wirken hat und wenn man jetzt so ein Qualitätssiegel ins Leben ruft/Ich kenne Häuser, die haben das. Die werden auch Sie kennen. Schmerzfreie Klinik, dann ist das sehr zu hinterfragen. Der Schmerz ist ein Symptom für eine bestimmte Erkrankung und eine schmerzfreie Klinik will ich gar nicht haben. Denn der ist für mich auch wegweisend in der Diagnostik und in der Therapie. Also das sind solche Dinge, die solche Auswüchse haben. Qualitätsmanagement, die eigentlich überzogen und ins Gegenteil schlagen. […] Ich kenne viele, viele Kollegen, die das nicht mittragen. Ich kenne viele Kollegen, die dann sagen: »Hat ja sonst auch keinen Zweck.« Das ist einfach so gewollt und das ist von den Geschäftsführern so gewollt, schmerzfreie Klinik, da können wir uns noch ein Prädikat dranhängen und damit vielleicht im Internet noch mehr werben um Patienten in die Klinik zu bekommen.«

7.4 Gegenstandstheoretischer Ausblick: Das Krankenhaus auf der Suche nach seiner ihm angemessenen Form

»Health care functions best as a calling, not a business; as such, it needs greater cooperation, not competition, among its many players and institutions. […] The Myths of Measurement and of Scale Measurement is a fine idea, as long as it does not mesmerize the user. Unfortunately, it so often does: both managers who rely on it for control and physicians who believe that being 'evidence-based' always has to trump being ‚experienced-based'. Management and medicine alike have to balance these two in order to be effective. Unfortunately, too much of healthcare at both the administrative and clinical levels has been thrown out of balance by their obsessions with measurement. In the management of health care, the frustration of trying to control rather autonomous professionals has led the administrators and social engineers to a reliance on measurement. […] So what can be done if we cannot rely wholly on measurement? That's easy: use judgment. […] Too much of the management of health care has come to

> be about using scale to reduce measurable costs at the expense of difficult-to-measure benefits. […] Scale, too, has to be judged, especially for its impact on performance.« (Mintzberg 2018: 4ff.)

> »Medizin ist professionelle Hilfe durch gelingende Interaktion auf der Basis von wissenschaftlicher Expertise in Verknüpfung mit verstehender Zuwendung. Deshalb sollte man entschieden dafür kämpfen, dass nicht produktionstechnische Werte gefördert werden, sondern v.a. beziehungsstabilisierende Werte wie Zuhörbereitschaft, Geduld, Behutsamkeit, Reflexivität, Aufmerksamkeit und wertschätzende Zuwendung. Versteht man Medizin als Wissenschaft der Komplexitätsbewältigung, so wird deutlich, dass diese Werte kein idealistisches Beiwerk sind, sondern die eigentliche Grundlage, von der aus die Implementierung externer Evidenzen ihren Sinn erfährt.« (Maio 2017: 129)

Was bedeutet dies nun für das zeitgenössische Krankenhaus, wie es erkundet wurde? Die unterschiedlichen Typen, Arrangements und Dilemmata werfen insgesamt die Frage auf, ob in den Rekonstruktionen eine übergreifende Organisationsrationalität zum Tragen kommt und wenn ja, wovon diese bestimmt und getrieben wird. So schwierig es ist, hierauf mit einem klaren »Ja« zu antworten, so klar lässt sich doch besehen, was sich die organisierte Krankenbehandlung im Wandel zweifellos bewahrt hat: den Widerstand der differenzierten Werthaltungen ihrer Organisationsmitglieder. Organisierte Krankenbehandlung war und ist ein umkämpftes Terrain voller Spannungen und widersprüchlicher Zwecke. Alle interviewten Personen unterhalten dennoch (oder gerade deshalb) intensive Wertbeziehungen zu ihrer Tätigkeit. Ihre täglichen Auseinandersetzungen über das, was der Fall ist, widersprechen Zeitdiagnosen, wonach sich Krankenhäuser in Gänze zu leblosen Gesundheitsfabriken oder schmerzbefreiten Wellness-Betrieben mit Komfortzimmer-Ausstattung gewandelt hätten. Krankenhäuser sind nach wie vor keine Dienstleistungsbetriebe, sondern Orte des (mittlerweile auf beiden Seiten – bei Patient*innen und medizinisch-pflegerischen Akteur*innen – zu findenden) körperlichen wie psychischen Leids, der existenziellen wie behandlungsbezogenen Unsicherheit, des Schmerzes und der Krankheit, auch wenn die neuen Orientierungsschemata der »Gesundheit« andere Erzählungen anstimmen.

Organisationsrationalität? Das moderne Krankenhaus zwischen industriellen, bürokratischen und managerialen Anforderungen Zwei Aspekte stechen jedoch auf der Suche nach einer spezifischen Organisationsrationalität als besonders problembehaftet heraus: die tayloristischen Produktivitäts- und die bürokratischen Planungslogiken. Sie versuchen einen mechanistischen Hebel an all die patientenzentrierten Abläufe anzubringen, in denen Unsicherheit bearbeitet und doch nicht endgültig getilgt werden kann, Schmerz gelindert und doch medizinisch instruktiv bleiben

muss. Die Orientierung des ärztlichen Dienstes an ökonomisch unsicheren Zukünften im Sinne einer Aspirationalisierung muss keine Schwächung der akutmedizinischen Verpflichtungen derselben bedeuten. Auch ein numerischer Blick auf Gruppen von Patient*innen und ihre gemeinsamen und differenten Charakteristika können Ärzt*innen positiv unter Stress setzen und beunruhigen, zu besser informierten Entscheidungen verhelfen und für andere Möglichkeiten und Kontingenzen sensibilisieren.

Schwierig wird es für das Krankenhaus als Ganzes dann, wenn versucht wird, über kalkulative Praktiken und Zahlen die *Informationsasymmetrie* zwischen ärztlichem Dienst und kaufmännischer Geschäftsführung gänzlich aufzuheben. Die Beseitigung oder weitest gehende Relativierung des medizinischen Erfahrungswissens der Arzt*innen vermittels numerischer Vergleichbarkeit zugunsten einer dem betriebswirtschaftlichen Management obliegenden ökonomischen Skalierung[11] oder Steuerung per Case-Mix-Index führt nicht automatisch zu schlanken und effizienten Behandlungsabläufen. Es muss auch immer mit der Unberechenbarkeit medizinischer Behandlungsabläufe gerechnet werden und diese vertrauensvoll in die Hände der Ärzt*innen gelegt werden, auch wenn dies Abschläge bei den DRG bedeutet. Die »Produkte« der DRG sind nicht beliebig zusammenstellbar, wie es in der industriellen Massenproduktion der Fall ist (siehe auch Maio 2017). Die frühe Einsicht des *Ökonomen* Arrow (1963: 951, siehe oben 4.2.2) ist hier immer noch zutreffend: »the recovery from disease is as unpredictable as is its incidence«. Die »richtige« Indikation zu geben ist dabei häufig ein ebenso schwieriges Unterfangen von »trial and error« wie den »richtigen« Moment der Entlassung mit Blick auf den Heilungsprozess zu finden, da hier weder den DRG, noch den Patient*innen – denen die eigene Entlassung häufig nicht schnell genug gehen kann – sondern nur der verkörperten Erfahrungen der Mediziner*innen mit Bezug auf den Einzelfall zu folgen ist.

Die hierarchische Kultur innerhalb der Medizin und der einstiegen Expertenbürokratie begründet sich folglich zu großen Teilen aus der Autorität, über ein spezifisches Fachwissen zu verfügen, und nicht aus einer Positions- bzw. Amtsautorität. Die »egalitäre Organisationsform der Professionellen« (vgl. Klatetzki 2012: 166) hierarchisiert sich insbesondere vor dem Hintergrund ablauforganisatorischer »Extravaganzen« (Rohde, siehe oben 4.1.3), die eine Notfall- und Akutmedizin mit sich bringt und die auch durch statistisch messbare Regelmäßigkeiten nicht normalisiert werden können. Wichtiger erscheint es auf der einen Seite, dass Krankenhausbetriebswirte und –Controller lernen, wann es an der Zeit ist, »Fünf gerade sein zu lassen«, den ökonomischen Druck, der zweifellos existiert und von politischer Seite auch organisationsintern instruktiv werden soll, so zu dosieren, dass

11 Nicht nur beim Blick auf die Entwicklung medzinischer Behandlungsschwerpunkte, auch bei einfacheren Dingen wie dem Einkauf von OP-Bestecken gilt dies.

Ärzt*innen wie Pflegekräfte ihrer Arbeit am Patienten mit gutem Gewissen nachgehen können, ohne ständig mit der Unterstellung konfrontiert zu sein, hierüber den organisationalen Schlendrian zu bedienen.

Zweitens kommt in der bürokratischen Planungslogik des Krankenhausmanagements eine weitere wesentliche Problematik zum Tragen. Sie steht tatsächlich mit dem von Latour (siehe oben 3.4.2 und 3.4.3) beschworenen epistemischen Kurzschluss in Korrespondenz, der nur allzu leicht als Negativfolie einer falsch verstandenen »bösen« Ökonomisierung dient. Ob die Orientierung an weiter steigenden Leistungszielen nun auf Maximierung (Profitabilität) abstellt oder moderater ausfällt, ist zunächst zweitrangig. Entscheidend ist, dass Effizienzgesichtspunkte in der medizinischen Behandlung, die überwiegend auf einer Verweildauerreduktion beruhten, mittlerweile von erwerbswirtschaftlichen Zielen überlagert oder sogar abgelöst werden. Das eine hängt jedoch über die Planbetten mit dem anderen zusammen: werden Patient*innen schneller entlassen, muss der Durchlauf, das heißt die Aufnahme neuer Patient*innen, erhöht werden, um eine hohe Bettenauslastung weiter zu gewährleisten, da sonst eine Streichung derselben droht. Die Erwerbsorientierung zeigt sich aber nicht nur an den kontinuierlich steigenden Fallzahlen, die Chefärzt*innen erbringen sollen, sondern auch an einem Trend zur Behandlung von hochbewerteten DRG, die meist mit der Logik der Apparatemedizin korrespondieren und in welche viele Gelder (die größere, private Krankenhausträger leichter aufbringen können) investiert werden (müssen), unabhängig davon, ob dies in der regionalen Versorgungslandschaft nun mit Blick auf die Versorgungsqualität gebraucht wird oder nicht.

Gleichzeitig erlaubt die gesundheitspolitische Budgetierung als »administriertes Festpreissystem« (Neubauer et al. 2010: 239) wettbewerbliche Sprünge nur, wenn sie von kapitalstarken Unternehmen oder Finanzinvestoren finanziert werden (wie am Beispiel von Herrn Fürstenberg gezeigt wurde, vgl. 6.3), da Investitionsmittel nach wie vor nur unzureichend von den Ländern zur Verfügung gestellt werden und eine privatwirtschaftliche Kreditfinanzierung aufgrund der eingeschränkten Möglichkeiten zur Refinanzierung sowie aufgrund des wohlfahrtsstaatlichen Versorgungsauftrags nur bedingt sinnvoll ist. Nach dem Motto »bigger is better« wird dann die auf dem moralischen Skrupel ständiger Verbesserung beruhende Rechenfiktion des Managements – das »Optimum muß berechnet werden, während es unberechenbar ist« (Latour 2014: 622f.) – in ihr Gegenteil verkehrt, wenn Unternehmer*innen (wie am Beispiel von Herrn Habert demonstriert wurde, siehe 6.4) glauben, eine ausgesprochen gute und erfolgreiche Medizin wäre eine, die besonders viele Profite abwirft.

Weiterhin gehen mit der managerialen Bürokratisierung des Krankenhauses Praktiken einer zentralen Planungsgewalt über die numerisch bestimmte Allokation von Ressourcen einher. Die planwirtschaftliche Kontrollfiktion des Managements, die im Zuge der Analysen mehrmals und nicht nur bei größeren Kran-

kenhauskonzernen offenbar wurde, lässt vor dem Hintergrund einer Debatte um *Vermarktlichung* im Sinne eines »Quasi-Markt« (LeGrand/Bartlett 1993) (als Effekt gesellschaftlicher Ökonomisierung) die Frage aufkommen, womit man es aus organisationstheoretischer Perspektive eigentlich zu tun hat: Mit einer »Programmkontrolle« (Kette/Tacke 2018: 140), die Standardkosten errechnet und nach dem Soll-Ist-Schema auf die Erfüllung von Leistungszielen in der Zukunft im Sinne eines »Management by objectives« (Drucker) hinwirkt? Hiermit ist eher die normative Kontrolle im Sinne einer Durchsetzung von interner Planungsgewalt angezeigt. Oder hat man es mit der »Systemkontrolle« (ebd.: 142) einer unternehmerischen Geschäftsführung zu tun, die über die Feststellung von »Ist-Ist-Vergleichen« sich über die »Angemessenheit« ihres eigenen »Leistungsspektrums« informieren und damit ein differenziertes Bild vom »Unternehmensportfolio« erlangen will? Das Ziel ist hierbei, den versorgungssystemischen Wettbewerb um regionale Leistungsdominanz und numerisches Wachstum (anstelle von Effizienz und intelligenter Verteilung von Zwecken und Mitteln) besser einschätzen zu können und als das eigentliche »Reich der Zwecke« (Latour) zu betrachten. Tatsächlich zeigt sich, dass beide Kontrollformen in der organisationalen Praxis zeitgenössischer Krankenhäuser miteinander verquickt werden, wenn – wie im Fall von Frau Martens des Klinikums »Wahlstädt« etwa – die interne Bettenauslastung (negative Soll-/Ist-Betrachtung der rheumatologischen Einheit) mit einem strategischen »Wachstumspfad« gekoppelt wird (positiver Ist-Ist-Vergleich: Wachstumsziele sind nach wie vor realistisch und wichtig; Entscheidung: Oberarzt muss wegen mangelnden Vernetzungsfähigkeiten entlassen werden).

Gesundheitspolitische Rationalität? Zwischen Mangelverwaltung und Versorgung der betriebswirtschaftlichen Vorsorge Wie gezeigt werden konnte, kommen aber beide Kontrollstrategien vor dem Hintergrund des gesundheitspolitischen Nullsummenspiels an ihre Grenzen, da die Leistungssteigerung in einem Krankenhaus mit dem Rückgang der Leistungssummen in anderen Häusern einhergehen muss, oder eben die Schließung anderer Häuser impliziert. Die gesundheitspolitische Budgetobergrenze als auch die Finanzierung der Krankenhausleistungen per DRG sehen gar keine mittel- bis langfristige Ausweitung von Gewinnen vor. Genauso ist das Credo der DRG-Vergütung »Das Geld folgt der Leistung« dann auch irreführend, denn es folgt in erster Linie den Recheninstrumenten und der darauf abgestimmten Codierung. Beide weisen erhebliche Ungenauigkeiten und Mehrdeutigkeiten auf, die unter Finanznot stehende Krankenhäuser zu ihrem eigenen Vorteil nutzen. So führen etwa multimorbide Krankheiten die Möglichkeit mit, ganz unterschiedliche Hauptdiagnosen zu codieren, die mit teils stark divergierenden Erlösmengen einhergehen (siehe Milijak/Da-Cruz/Pfannstiel 2015). Insofern diktiert der Finanzbedarf eines Hauses dann mit, welche Leistung tatsächlich codiert wird. Dabei muss es sich noch gar nicht um das Problem des

sog. Up-Coding handeln. Insgesamt passt dies dann nicht mehr so recht zum Credo »Das Geld folgt der Leistung«, eher müsste es dann aus Sicht der Praxis im Krankenhaus umgekehrt lauten: »Die kodierte und abgerechnete Leistung folgt dem Geld«.

Die gesundheitspolitische Idee einer Gleichzeitigkeit von Rationalisierung im Sinne einer Kosteneffizienz und einer effizienten Allokation *benötigter* Mittel per DRG (»gleiches Geld für gleiche Leistungen«) kann mit einem Nullsummenspiel nicht funktionieren, höchstens eine »gleichmäßige Verteilung des Mangels« (Hoffmann 2015), so dass alle, die sich das eigene Stück vom Munde absparen (sprich: »effizient« arbeiten) und Mangel leiden, darauf bauen müssen, dass es andere nicht tun. Und doch sollen alle im System hierdurch Bessergestellte sein, denn wo »Verschwendung« betriebswirtschaftlich eingehegt wird, wachsen auch neue Schaffenskraft (»Innovation«), Fleiß und größerer Ideenreichtum. Dieser Gedankengang erinnert stark an eine Erneuerung der Ideen von Townsend (siehe oben 2.1.1), richtet sich nur dieses Mal nicht an die Ärmsten der Armen (wenn man in diesem Fall hierin nicht die Patient*innen sehen will), sondern an die privilegierte Gruppe der Ärzt*innen, denen der Mangel nun Demut, unternehmerische Tugend und Sparsamkeit eintrichtern soll. Und doch konnte empirisch rekonstruiert werden, dass dieser recheninduzierte Naturalismus kein Selbstläufer infolge marktwirtschaftlicher Gesetze darstellt, sondern aktiv und kontinuierlich hergestellt werden muss, sowohl politisch (Festsetzung der Basisfallwerte, Bewilligung von Investitionsmitteln, Bezuschussung des Gesundheitsfonds etc.) als auch organisational (Fallzahlensteigerungen, Verkürzung von Liegezeiten, Leistungsspezialisierungen, Wachstumspläne, Stellenkürzungen, Leistungsanreize etc.)

In der Organisation geschieht dies über die Produktion einer Sichtbarkeit vermittels Zahlen des Controllings, aus der sich Leistungsmaße errechnen und darauf bezogene Erwartungen konkretisieren lassen. Der Mangel diktiert die Notwendigkeit zur Vorsorge und wirkt dadurch strukturbildend. All die betriebswirtschaftlichen Kontrolleinrichtungen des modernen Krankenhauses, die empirisch untersucht wurden, stellen (leicht überspitzt formuliert) finanzielle Infrastrukturen der *Vorsorge* dar und treten in Konflikt zu den medizinischen Infrastrukturen der *Versorgung*. Um es auf eine metaphorische Formel zu bringen: Während es eigentlich die kranken Menschen sind, die das Krankenhaus brauchen, um versorgt zu werden, erscheint das moderne Krankenhaus finanziell ausgezehrt, ja krank, und muss mit (mehr) Patienten versorgt werden, um überleben zu können. Die Controlling-Infrastruktur erfindet hierfür nicht nur neue Organisationsstrukturen, sondern will zugleich Prozesse konturieren, die das *Wie* der Krankenversorgung betreffen. Die Kontrollvorrichtungen werden mithilfe einer neuen Aufmerksamkeit, die aus der numerischen Sichtbarkeit ergeht, in die Lage versetzt, der alten »negotiated order« (Strauss et al. 1963) des Krankenhauses einen starken Impuls zur Re-Negotiation geben, lassen sich aber gar nicht so gerne auf Verhandlun-

gen ein, sondern erzeugen lieber gleich »order«, also Ordnung durch hierarchische Anweisungen.

Daraus ergab sich eine der überraschendsten Einsichten der empirischen Rekonstruktionen: Controlling-Architekturen weisen einen ganz entscheidenden blinden Fleck auf, der paradoxerweise zugleich ihre ganze Stärke ausspielt. Sie belassen Organisationen und ihre Mitglieder (auch Mitarbeiter*innen des Controllings!) über den ursächlichen Zusammenhang der interessierenden Verhältnisse im Dunkeln. Die Zahlenwerke vermögen nur Signale zu produzieren, die in unterschiedliche Richtungen ausgedeutet werden müssen. Sie erbauen kalkulative Räume, die über die komplexe Herstellung von Vergleichen als »Kombination von *Gleichheitsunterstellung* und *Differenzbeobachtung*« (Heintz 2016: 307) in Mediation zu anderen Räumen und den dort versammelten Interessen treten. Zugleich bauen sie auf die Autonomie derjenigen, deren Aktivitäten von ihnen *erfasst* werden. Herr Falter bringt dieses Spiel schön auf den Punkt:

> »Solange die Zahlen stimmen, (.) geht man davon aus, dass alles in Ordnung ist und dass man dort nicht nachhaken muss. In dem Moment, wo die Zahlen nicht mehr stimmen, muss man sich diesbezüglich rechtfertigen. (.) Kann natürlich sein, dass die Zahlen nicht stimmen, trotz der Tatsache, dass man eine gute Einweiserpflege betreibt.«

Sie sollen sich rechtfertigen für das, was die Zahlen indizieren, und wichtiger noch all ihre Leidenschaften mobilisieren und herausfinden, worum sich Zahlen so und nicht anders verhalten. Um dem gerecht werden zu können, braucht es »Aspirationalisierung« und »assoziative Leidenschaft«, ein Gespür für Möglichkeiten, neue Anschlüsse und Beziehungen zu erzeugen, die transformativen Charakter haben (auch für die Ärzt*innen selbst). Aus dieser Sicht wissen Ärzt*innen nie, ob das, was sie tun, um die Zahlen stimmig zu machen, auch wirklich hilft, ob die Mittel, die sie mobilisiert haben, das gewünschte Ergebnis zeitigen werden oder nicht. Die Bemessung des Erfolgs ist genau so schwierig wie die Eliminierung des Mangels, sie sind zwei Seiten derselben Medaille. Es scheint hier die fiktionale Seite von Aspirationalisierung auf: Egal, wie sehr man sich an den Zahlen orientiert und versucht, numerischen Ansprüchen zu genügen, man wird nicht qualitativ erfahren können, »woran denn das liegt«, sondern nur quantitativ sehen, ob in numerischer Hinsicht den »medizinischen« Zielen entsprochen werden konnte und was in Zukunft weiterhin (noch mehr) zu erreichen ist.

Diese neue Konstellation ist insbesondere ein großer Spagat für alle professionell tätigen Ärzt*innen und Pflegekräfte. Die eigenen professionellen Korridore zu verteidigen wird nicht genügen. Es wird in Zukunft eher darum gehen, diese auszuweiten und als ganze Berufsgruppe den Weg der habituellen Transformation zu gehen. Andernfalls wird vor der Prämisse einer weiteren Durchdringung professioneller Arbeit durch numerische Parameter die innerprofessionelle Kluft, das

professionelle Leiden noch größer, wie es zunehmend mehr Gewinner *und* Verlierer zugleich geben wird. Die in den empirischen Analysen rekonstruierten Verhältnisse innerhalb des ärztlichen Dienstes zeichnen das Bild einer sehr dünnen – von Fachbereichslogiken bzw. –zugehörigkeiten noch *unbedingten* – Solidarität. Auch weil gewachsene professionelle Rivalitäten von numerischen Konkurrenzverhältnissen überlagert werden, erschienen professionelle Konjugationen im empirischen Material nur dort, wo gemeinsame mikropolitische Interessen vorlagen, die sich wiederum auf die reflexive Infragestellung und Aneignung einer managerialen Kontrollfiktion im Kollektiv richteten. Was jenseits derartiger Surrogate rekonstruierbar war, waren Absichtserklärungen und Initiativen, die immerhin im Projektförmigen [ORG] verwirklicht hatten, was im wohlfahrtsstaatlichen Setting noch auf Grundlage homologer beruflicher Erfahrungen einer gewachsenen, primordial existenten Orientierung unter Professionellen glich.

Da dieses weitestgehend in Mitleidenschaft gezogen zu sein scheint, gilt es, den Ball an die medizinischen Professionen (Ärzt*innen, Pflegekräfte und alle anderen im Krankenhaus tätigen Gesundheitsberufe zusammen) zurückzuspielen. Ihre »occuptional control« (Abbott 1988) werden sie nur zurückerlangen können, wenn sich inner- wie interprofessionell über die impliziten Praktiken und Selbstverständnisse der neuen Krankenhausökonomie offen verständigt wird und gemeinsame *interessenpolitische* Maßnahmen entwickelt werden. Eine Verhandlung dessen, was es heutzutage heißt, Kollegialität und Tätigkeitskontrolle bzw. Autonomie zu vereinen, scheint dringend geboten. Ob dies gelingt, ist fraglich. Alljährlich verlautbarte kritische Stellungnahmen und Hilfestellungen des deutschen Ärztetages zu Fragen der »Ökonomisierung« können sicher nur der Anfang einer Reihe von Maßnahmen sein. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang auch, erneut über die treuhänderische Verpflichtung der Professionellen zur Gemeinwohlorientierung im Rahmen von Interaktionen mit Patient*innen nachzudenken, wie Alfred Tauber (2003: 493) treffend beschrieben hat (siehe für den deutschen Diskurs auch Naegler/Wehkamp 2018):

> »The conundrum of autonomy in medicine arises from a faulty extrapolation of a particular form of American political and judicial individualism, where a relational dialectic is obscured or even ignored. […] Given the disparity between the knowledge and technical expertise of doctor and patient, the basis of cooperative decision-making ordinarily is an irredeemable obstacle to full patient participation in deciding clinical options. […] Precisely because informed consent and freedom of choice are crucial to the care of the ill, physicians must develop an increased moral self-reflection and strengthen their fiduciary responsibility towards their patients. Fundamental to this realignment is a medical ethics that focuses upon the problem of trust, one that configures a philosophy of medicine based on recognizing that the key issue in clinical care is not the protection of

some severe form of individualism, but rather the exercise of autonomous choice within a moral context of trust, understanding, and enabling. This formulation not only offers the opportunity to recapture medicine's ancient moral imperative, but it more appropriately addresses the reality of clinical care.«

8. Wirtschaftssoziologischer Ausblick: Ökonomisierung zwischen Autonomie und Kalkulation

> »Wie sonst lässt sich erklären, dass es gelingen kann, etwa an Universitäten Routinen zu etablieren, die sich dem Controlling in Unternehmen annähern: Kundenorientierung und Evaluation von Leistungen durch ein kundenähnliches Beurteilungssystem, Messparameter bei der Beurteilung von Forschungs- und Lehrleistungen etc. Was man erklären muss, ist ja nicht nur, dass es diese Formen der Steuerung gibt, sondern warum diese so plausibel erscheinen. Womöglich hängt dies tatsächlich mit der Funktion des Ökonomischen zusammen: Formen zu finden, mit Knappheit umzugehen und Knappheit als ein Mittel zu verstehen, den Dingen Bedeutsamkeit abzuringen. Knappheit erzeugt Bedeutung, wie schon Karl-Otto Apel gezeigt hat, als er fragte, ob der Tod, also die Knappheit der Lebenszeit, die Bedingung der Möglichkeit von Bedeutung sei.« (Nassehi 2012: 414)

Die vorangegangenen Analysen und empirischen Rekonstruktionen liefern für den Gegenstand des zeitgenössischen Krankenhauses organisations- und praxistheoretisch informierte Einsichten in die Komplexität gesellschaftlicher Ökonomisierungsprozesse. Ökonomisierung wurde dort in unterschiedlichen Konturen und Ausmaßen des Zusammenhangs von Autonomie und Kalkulation erschlossen. Zentral für die Analysen war ein Abstellen auf die systematische Erzeugung eines Mangels, einer Knappheit wie orthodoxe Ökonom*innen sagen würden, die aber wenig

mit ökonomischen Modellrechnungen oder davon sich ableitenden formalen Gesetzen des Marktes zu tun hat. Sie beruht vor allem auf der politischen *Überzeugung*, dass sich aus begrenzten Mitteln für Gesundheitsausgaben die zwangsläufige Folge ergibt, dies auch in spezifischer Art und Weise in Gesundheitspolitiken einzuschreiben (siehe Greiner 2011 sowie oben 4.2.2).

Der mehr oder minder verdeckte Versuch eines kalkulativen Zugriffs gesundheitspolitischer Planungslogiken in die Sphäre der Praktiken zwischen Ärzt*innen, Pflegekräften und Patient*innen und die tendenzielle Gleichsetzung von gemessenen mit realen Prozessen medizinischer Versorgung lässt jedenfalls aufhorchen. Entgegen dem Eingangszitat von Nassehi erscheint die Annahme – insbesondere im Krankenhaus – abwegig, es ginge bei Ökonomisierungsphänomenen darum, mit der *Idee* der Knappheit »den Dingen Bedeutsamkeit abzuringen«. Wenige Dinge in der Welt sind bedeutsamer (intensiver, aufwühlender, existenzieller und komplexer) als menschliche Erkrankungen. Die medizinische Forschung und diejenigen, die tagtäglich auf Station damit konfrontiert sind und nicht zuletzt die Erkrankten selbst, wissen dies nur allzu gut. Eher erscheint folgende Frage instruktiv: Sind die neuen Steuerungsformen im Krankenhauswesen tatsächlich so »plausibel«? Und dann: wer oder was entscheidet hierüber in welcher Weise? Die empirischen Ergebnisse legen nahe, dass die modernistischen Widersprüche zwischen der Autonomie des Sozialen und kalkulierter Knappheit eher Ausdruck eines politökonomischen Settings sind, das politische Ratlosigkeit, Indifferenz und Opportunitäten zusammenbindet.[1]

Gleichwohl kann die Frage weder auf gesellschaftstheoretischer Ebene, noch mittels Gesetzestexten, bürokratischen Verfahrensregeln oder Finanzarchitekturen erschlossen werden, denn diese hängen – das sollte offensichtlich geworden sein – zu guten Teilen von Prozessen der *Selbstorganisation* im Gesundheitswesen ab. Aus Sicht der Organisation nämlich, sind Mittelkürzungen aus der Umwelt nicht einfach da, eher geht es intern zunächst darum, einen oder mehrere Wege zu finden, Knappheit aktiv und kontinuierlich zu enaktieren, damit sie sich allmählich in den Praktiken und Selbstverhältnissen der Organisationsmitglieder einleben kann. Hierbei helfen Zahlen. Sie erzeugen eine neue Sichtbarkeit (vgl. 6.1) auf den Mangel, auf dessen Grundlage Akteur*innen im Krankenhauswesen »aspirationalisiert« werden können. Die Zahl besticht durch den »Verweisungshorizont, also

1 Diese Widersprüche dürften angesichts der Digitialisierung von Medizin, Wirtschaft und Gesellschaft noch weiter zunehmen. Für die Medizin stellt sich etwa die Frage, wie maschinelles Lernen und Algorithmisierung sich auf Fragen der individuellen Versorgungsqualität, medizinischen Ablauforganisation und klinischen Ressourcenverteilung auswirken, wenn zugleich medizinische Handlungsautonomien hierdurch zurückgedrängt werden (siehe Rajkomar et al. 2018).

die Unbestimmtheit, die sie bestimmt« (Lehmann 2014: 41), durch sie sollen Organisationen ihren Blick für die Unsicherheit und Vielfalt möglicher *eigener* Zukünfte schärfen, d.h. Vorsorge treiben. Die Frage ist dann weiterhin, ob für eine Vorsorge auch alle Mittel recht sind. Und was ist dabei hinreichende, was ist zufriedenstellende Vorsorge? Hiermit einher geht also schon die Frage der Verhältnismäßigkeit – reicht eine Bedarfsdeckung aus, sollen moderate Überschüsse oder lieber gleich so viel Profit wie möglich erzielt werden (der in deutschen Krankenhäusern durch die Ab- bzw. Zuschlagskorridore der verhandelten DRG-Budgets bislang gedeckelt ist)?

Damit ist die eminente Bedeutung von numerischen Vergleichen und Kalkulationen für Ökonomisierungsprozesse in Organisationen angezeigt, die Ordnungsbildung und Entscheidungsfindung gleichermaßen betreffen (siehe zuletzt Dorn/Tacke 2018). Sie dienen der internen Differenzierung von Organisationseinheiten unter Leistungsgesichtspunkten und helfen Organisationen dabei, Reflexivität aufzubauen und das organisationale Gedächtnis zu ordnen. Sie können aber auch Reflexionssperren einziehen, wenn sie Abteilungsgrenzen oder größere Einheiten bzw. Geschäftsbereiche weiter dissoziieren und einer *Kontrollfiktion* preisgeben, wie es am »Übergang von der funktionalen zur divisionalen Organisationsstruktur« des Krankenhauses gezeigt wurde, dessen »vertikale wie horizontale Dissoziation der Expertenorganisation« (Schrappe 2009: 198) noch weiter vertieft wird, in einen ›Spartenkannibalismus‹ (ders. 2007: 143) führt, wenn es dem Management gelingt, »die Bindung an eine fachübergreifende Steuerung, die nicht nur die abteilungsspezifische Leistungsbilanz, sondern die Evidenz- und Qualitätsorientierung sowie Wirtschaftlichkeit der Gesamtorganisation in den Vordergrund stellt« (ders. 2009: 198) herzustellen. Dies mag ein spezifisches Problem professioneller Organisationen sein, aber auch in Organisationen, die keinen direkten Krisenbezug bzw. stark ausgeprägte »Organisationsmilieus« (Nohl 2009) aufweisen, kommt es mehr denn je auf Fragen der horizontalen wie vertikalen Führung an, wenn der Reduktionismus des »management by numbers« (Messner et al. 2007) auf der Suche nach allzu simplen Lösungen (nicht zu verwechseln mit »einfacher Komplexität«, Baecker 1999) gebannt werden soll, obwohl er situativ durchaus hilfreich sein kann.

Entgegen einer Entdifferenzierungsthese gesellschaftlicher Ökonomisierung, nach der Krankenhäuser und andere professionell dominierte Organisationen zu reinen Produktionsfabriken bzw. kapitalistischen Profitunternehmen mutieren, sieht man, dass es organisationsintern wie auch zwischen Organisationen und deren spezifischen Umwelten zu komplexeren Verhältnissen kommt. Man könnte von einer neuen Vermittlung, einem neuen »enactment« (Weick 1995) sprechen, das aber nicht als einseitige »Gestaltung« der Organisationsumwelt durch die Organisation im Sinne einer willentlichen (regelbasierten oder intentionalen) Konstruktion verstanden werden sollte, sondern eher von einem gemeinsamen

Praxisarrangement abhängt, das Ortmann (2004: 202) als »etablieren« oder »in Geltung setzen« bezeichnet. Das *enactment* ist laut Ortmann (ebd.: 208, Hervorhebungen im Original) der Begriff, der das in der vorliegenden Arbeit inspizierte *Als-Ob* organisierter, rechnerischer Fiktionen mit dem nötigen Realismus versieht, denn die »Differenz zu Fabrikation oder schierer Show-Fiktion ist, erstens, dass dieses *enactment* in seiner Funktion, unser soziales Leben zu regulieren, akzeptiert sein muss, und zweitens, dass es sich innerhalb und im Dienste unserer sozialen Praxis als viabel bewähren muss.« Insofern ist gesellschaftliche Ökonomisierung weder ein autologischer Prozess, noch ein am Reißbrett zu entwerfendes Rechenexempel oder individuelles Kalkül, sondern hängt maßgeblich von einem Praxisarrangement ab, in dem »wirtschaftliche Phänomene im Kontext sittlicher Vorstellungen von Gerechtigkeit, Gleichheit, Freiheit und Effizienz« (Beckert 2012: 25) zur Geltung gebracht werden. Ökonomisierung wird als Problemlösung nur »viabel« sein können, wenn sie professionelle bzw. gesellschaftliche Wertbezüge nicht dauerhaft verletzt, sondern achtet und sich auf das beschränkt, was sie auch vermag.

Was bei derlei Prozessen stärker in den Blick rücken muss, ist die Frage, wie die retrospektiv erzeugten *Fiktionen* im Sinne eines »sense making« (Weick 1995) innerhalb von Organisationen durch Zahlenwerke verändert werden und sich zu einem *prospektiven* sense making (siehe Kronlechner et al. 2018) verhalten, das ebenfalls durch Kalkulationen stimuliert wird. Es geht insbesondere darum, empirisch noch stärker zu ergründen, wie auf praktischen Fiktionen beruhende Selbstorganisationsprozesse im Rahmen von Ökonomisierung *jenseits* individualistisch-handlungstheoretischer Konzeptionen (vgl. Beckert 2013; für eine Kritik hieran Sparsam 2015: 249ff.) temporalisiert werden. Anstatt die Erwartungsbildung bei individuellen Akteur*innen durch bürokratische Pläne oder ökonomische Erwerbsszenarien als »images of some future state of the world or course of events that are cognitively accessible in the present through mental representations« (Beckert 2013: 200) zu konzipieren, müssen derlei Prozesse mit Blick auf die »doings« der Organisationsmitglieder rekonstruiert werden, die in Zusammenhang mit Produktions-, Professions- oder anderen Logiken stehen können.

Dazu wird es nötig sein, die Quantifizierungs- und Vergleichspraktiken noch stärker in den Blick zu nehmen. Schützeichel (2018: 23) etwa unterscheidet für Professionen zwei »Erkenntnistechniken«: die »Techniken des Klassifizierens« und die des Vergleichens. Klassifikationen leiten vor allem das Fallerkennen an, ganz so, wie es idealtypisch für Ärzt*innen angenommen wird. Andere Professionen – z.B. der Lehrerberuf – arbeiteten mit »vergleichenden Leistungsbeurteilungen« als Form der »Dauerbeobachtung« (ebd.). Schützeichel argumentiert dies wie folgt: »Eine Ärztin dürfte es nicht interessieren, ob ein Patient ›kränker‹ ist als andere Patienten – dies nur in modifizierter Form unter besonderen Umständen, beispielsweise dann, wenn knappe Leistungen oder Ressourcen verteilt werden müs-

sen.« (ebd.: 24). Eben dieser Umstand aber wurde im empirischen Material zu Genüge erkundet, auch wenn nicht direkt zwischen kränkeren Patient*innen von den Chefärzt*innen unterscheiden wurde, so kommt diese Unterscheidung eben über differenzierte Erlöskategorien ins Spiel, die sich im DRG abbilden lassen und die ärztliche Entscheidungsfindung beeinflussen. Die Aufgaben zwischen Autonomie und Kalkulation stellen sich nicht als bloße formale Rollenerwartungen in der Organisation oder »Regelungsstrukturen« eines sozialen Feldes oder Governance-Regimes dar, sondern setzen – wie die Kostenkontrolle im Sinne des »activity based costing« selbst – an den inkorporierten Aktivitätsschemata der Organisationsmitglieder an, womit auch die impliziten Orientierungen und innersten Bedürfnisse der Adressat*innen von Ökonomisierungsprozessen berührt werden.

Die liberalistische Idee der Freiheit des Einzelnen, die auch allen individualistischen Sozial- und Wirtschaftstheorien unterliegt, ist zweifelsohne eine rechtlich verbriefte Norm, praxeologisch zeigt sich jedoch vielmehr, dass es bei Ökonomisierungsprozessen in Organisationen auf etwas Anderes ankommt: Nämlich darauf, Handlungsautonomie im Rückgriff auf unterschiedliche kanonische Wissensformen (z.B. Wissenschaft, Medizin und Recht) implizit in der Anpassung an wechselnde Unsicherheiten (Ressourcen, Interessengegensätze, Technologien, institutionelle Regeln, Kontrollen etc.) und mit Blick auf prognostische Zahlenwerke und kalkulative Zukünfte zu enaktieren. Hierdurch können Entscheidungen und »Kalküle« durch Einzelne überhaupt erst Form annehmen, die aber wiederum nicht ohne das Gegenüber (z.B. die Patient*innen, Kund*innen, Klient*innen etc.) und ein konstitutives Drittes (z.B. die affektiv-emotionale Bindung an den Eigenwert »guter« Arbeit innerhalb einer professionellen Gruppe) gedacht und vor allem in der organisationalen Praxis gelebt werden können. Insofern liegt es für die neuere Wirtschaftssoziologie nahe, hier umzudenken, wenn sie das Verhältnis von Ökonomie und Gesellschaft, respektive von Kalkulation und Autonomie, nicht länger in sozialen Feldern (vgl. Bourdieu 2005; Beckert 2012), institutionellen Governance-Strukturen (vgl. Schimank/Volkmann 2008) oder sozial eingebetteten Netzwerkstrukturen (vgl. Granovetter 1985; White 1981, 2002), sondern mit Blick auf soziale Praktiken von Professionellen in Organisationen jenseits individueller Nutzenmaximierung adäquat beschreiben will.

Dies muss sich auch in der theoretischen Beschreibung niederschlagen, womit abschließend noch einmal zur Frage zurückzukehren ist, was die Definitionsmasse des Ökonomischen, wie dies eingangs bezeichnet wurde, nun theoretisch zu fassen ist. Die wirtschaftssoziologische Antwort läuft darauf hinaus, das Ökonomische mit einer Eigenlogik auszustatten, die wiederum nur in einer »Verbundkontextur« (Vogd/Jansen 2013) zu finden ist. Das »Ökonomische« selbst ist somit eine spezifische Praxis der organisierten Assoziation, ein Projekt der Anhäufung, Verteilung und Dimensionierung. Sein Fluchtpunkt liegt damit nicht so sehr in Effizienz- und

Knappheitspostulaten, sondern in einem wechselnden Dimensionierungsstreben, allerdings nur, wenn die Existenzweise der Organisation richtig erfasst wird:

> »Anders gesagt, man kann niemals eine Organisation (Staat, Körperschaft, Netzwerk, Markt) als einen Körper betrachten, da man gerade nicht genau weiß, wie es ein Körper [REP] anstellt, um zusammenzuhalten! Es ist umgekehrt: weil es keinerlei andere Welt über oder hinter der Organisation [ORG] gibt, wird man ihre besonderen Weise aufspüren können, ›über‹ und ›unter‹, ›vorher‹ und ›nachher‹ zu schaffen – und dasselbe Problem wird sich stellen, ganz gleich ob es sich um IBM handelt, um Terminmärkte oder die DNA.« (Latour 2014: 564)

Ökonomisierung erschien damit als Kombination von Handlungsanweisungen (»Skripte«), die nur Projekte und keine stabile Formalstruktur erzeugen helfen, hierdurch temporäre Ordnungen im Sinne eines »›über‹ und ›unter‹, ›vorher‹ und ›nachher‹« (ebd.) schaffen, nur um gleich wieder von anderen Skripten desorganisiert zu werden [ORG]; von Soll-Ist-Abgleichen und Bilanzen der doppelten Buchführung, die helfen, das Optimum der Verteilung von Zwecken und Mitteln immer wieder neu (vergeblich) zu berechnen und daraus eine moralische Pflicht machen [MOR]; und von Recheninstrumenten, die aus gefühlten und gelebten, leidenschaftlich erstrebten Werten (Valenzen) numerische Ziffern und Vergleichswerte (Äquivalenzen) machen [BIN].

Dies sind die ökonomischen Materialien, welche die vorliegende Arbeit anhand des Krankenhauses in Ansätzen erkundet hat. Insbesondere am Verhältnis der moralischen Skrupel zu den leidenschaftlichen Bindungen wird auszumachen sein, ob es dem Krankenhaus und anderen unter Ökonomisierungsdruck stehenden Organisationen in Zukunft gelingt, angemessene Skripte zu finden, die diese Übersetzungen als solche reflexiv mitführen und in der Praxis achten. Ferner ist mit Blick auf Latours Entwurf der Existenzweisen darüber nachzudenken, ob professionelle Arbeit – die interaktive Arbeit unter Unsicherheit und in Krisenbezügen – nicht über eigene ontologische Qualitäten verfügt, die sich als existenzielles Band zwischen Quasi-Objekten und Quasi-Subjekten verstehen lässt. Der Existenzmodus des Professionellen wäre dann weder alleiniges Produkt organisationaler Rahmungen und Rechenprogramme oder interessenpolitischer Sprachregelungen, noch ginge er in einer säkularen Heilslehre oder wissenschaftlichen Erkenntnissen der Medizin, Epidemiologie, Genetik/Biologie etc. Zwar braucht die Medizin »Zahlen, sie braucht naturwissenschaftliche Daten, sie braucht Statistik und externe Evidenz. Aber mit dieser Evidenz allein wird sie ratlos bleiben, denn Aufgabe der Medizin ist ja nicht, Algorithmen umzusetzen.« (Maio 2017: 126) Im Vordergrund dieser Existenzweise stünde vielmehr die singuläre Erfahrung und Bearbeitung existenzieller Unsicherheit und Krisen, die ereignishaft am und durch den Einzelfall zwischen Betroffenen und Helfenden bzw. Patient*innen und Ärzt*innen aufscheinen. Allein dieser interaktiven Praxis wäre es vorbehalten, um weiter mit

Maio (ebd., Hervorhebung K. M.) zu sprechen, »eine Antwort auf die Not des Patienten zu finden – und diese Antwort findet sich nicht auf dem Reißbrett, sondern sie muss *kreativ* erschlossen werden in der Begegnung mit dem Patienten.«

9. Literaturverzeichnis

Abbott, A. (1988): The system of professions. An essay on the division of expert labor. Chicago and London: University of Chicago Press.

Abernethy, M. A./Stoelwinder, J. U. (1990): Physicians and resource management in hospitals: an empirical investigation. In: Financial Accountability and Management, 6 (1), S. 17-31.

Abramowski, G. (1966): Das Geschichtsbild Max Webers. Stuttgart.

Ackroyd, S. (1996): Organisation contra organisation: Professions and organisational change in the United Kingdom. In: Organization Studies, 17 (4), S. 599–621.

Adorno, T. W. (1960): Kultur und Verwaltung. In: Merkur, 19 (2), S. 101-121.

Ahrens, T./Chapman, C. (2007): Management accounting as practice. In: Accounting, Organization and Society, 32, S. 1-27.

Akrich, M./Latour, B. (2006): Zusammenfassung einer zweckmäßigen Terminologie für die Semiotik menschlicher und nicht-menschlicher Konstellationen. In: Belliger, A./Krieger, D.J. (Hg.): ANThology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie. Bielefeld: Transcript, S. 399-405.

Albert, H. (1971): Modell-Platonismus – Der neoklassische Stil des ökonomischen Denkens in kritischer Beleuchtung. In: Topitsch, E. (Hg.): Logik der Sozialwissenschaften. Berlin: Kiepenhauer und Witsch, S. 406-434.

Albert, M. (1991): Kapitalismus contra Kapitalismus. Frankfurt a.M.: Campus.

Amling, S./Vogd, W. (2017) (Hg.): Dokumentarische Organisationsforschung. Perspektiven der praxeologischen Wissenssoziologie. Berlin/Toronto: Barbara Budrich.

Andersson, T./Liff, R. (2018): Co-optation as a response to competing institutional logics: Professionals and managers in healthcare. In: Journal of Professions and Organizations, 5, S. 71-87.

Anthony, R.N. (1965): Planning and Control Systems. Boston.

Apelt, M./Senge, K. (2015): Organisation und Unsicherheit. Wiesbaden: Springer VS.

Aretz, H-J. (1997): Ökonomischer Imperialismus? Homo Oeconomicus und soziologische Theorie. In: Zeitschrift für Soziologie, 26 (2), S. 79-95.

Arkowitz, H./Miller, W.R./Rollnick, S. (2015): Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems. New York: The Guilford Press.

Arrow, K. (1963): Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care, in: The American Economic Review, 53 (5), S. 941-973.

Akyel, D. (2014): Ökonomisierung der Pietät. Der Wandel des Bestattungsmarkts in Deutschland. Frankfurt/New York: Campus.

Augurzky, B./Tauchmann, H./Werblow, A./Felder, S. (2009): Effizienzreserven im Gesundheitswesen. RWI Materialien 49. Essen.

Backhouse, R.E. (2010): The Puzzle of Modern Economics. Cambridge: Cambridge University Press.

Bär, S. (2011): Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft. Krankenhausmanager und ihre Konzepte. Wiesbaden: VS.

Barley, S.R./Tolbert, P.S. (1997): Institutionalization and Structuration: Studying the Links between Action and Institution. In: Organization Studies, 18 (1), S. 91-117.

Barnard, C.I. (1948): The Functions of the Executive. 7. Auflage. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bauer, U. (2008): Polarisierung und Entsolidarisierung. Ansätze zu einem Impact Assessment der Ökonomisierung im Gesundheitswesen. In: Hensen, G./Hensen, P. (Hg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit, Wiesbaden, Springer VS, S. 141-164.

Baur, T. (2018): Die Vereindeutigung der Welt. Über den Verlust an Mehrdeutigkeit und Vielfalt. Ditzingen: Reclam.

Baecker, D. (1992): The Writing of Accounting. In: Stanford Literature Review, 9, S. 157-178.

Baecker, D. (1999): Einfache Komplexität. In: ders.: Organisation als System. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 169-197.

Baecker, D. (2006): Wirtschaftssoziologie. Bielefeld: Transcript.

Baecker, D. (2014): Organisation und Störung. Aufsätze. Berlin: Suhrkamp.

Baecker, D. (2017): Produktkalkül. Berlin: Merve.

Baecker, D. (2019): Führung im System der Governance. In: Wesenauer, A./Oberneder, J./Reinbacher, P. (Hg.): Wie Governance gelingen kann. Auf der Suche nach Antworten mit Dirk Baecker und Friedrich Glasl. Heidelberg/Berlin: Springer Gabler, S. 1-19.

Baer, S. (2011): Das Krankenhaus zwischen ökonomischer und medizinischer Vernunft. Krankenhausmanager und ihre Konzepte. Wiesbaden: VS.

Bateson, G. (1985): Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische, biologische und epistemologische Perspektiven. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

BDO/Deutsches Krankenhausinstitut (2015): Investitionsfähigkeit der deutschen Krankenhäuser. Köln. Zuletzt abgerufen am 11.04.2019 unter: https://www.

dki.de/sites/default/files/downloads/2015-11_investitionsfaehigkeit_der_deutschen_krankenhaeuser_-_finale_fassung.pdf
Beck, U./Giddens, A./Lash, S. (1994): Reflexive Modernisierung. Eine Kontroverse. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
Becker, G.S. (1982): Eine ökonomische Erklärung menschlichen Verhaltens. Tübingen.
Beckert, J. (2012): Die sittliche Einbettung der Wirtschaft. Von der Effizienz- und Differenzierungstheorie zu einer Theorie wirtschaftlicher Felder. In: Berliner Journal für Soziologie, 22, S. 247-266.
Beckert, J. (2013): Imagined Futures: fictional expectations in the economy. In: Theory & Society, 42 (3), S. 219-240.
Belliger, A./Krieger, D.J. (Hg.) (2006): ANThology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie, Bielefeld: Transcript.
Bentham, J. (2013): Eine Einführung in die Prinzipien der Moral und Gesetzgebung. Saldenburg: Senging.
Berg, M. (2008): Praktiken des Lesens und Schreibens: die konstitutive Rolle der Patientenakte in der medizinischen Arbeit. In: Saake, I./Vogd, W. (Hg.): Moderne Mythen der Medizin: Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden: VS, S. 63-86.
Berger, P. L./Luckmann, T. (1969): Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. Frankfurt a.M.: Fischer.
Bergmann, J. (2011): Ökonomisierung des Privaten? Aspekte von Autonomie und Wandel der häuslichen Privatheit. Wiesbaden: VS.
Bergmann, J./Hahn, M./Langhof, A./Wagner, G. (Hg.) (2013): Scheitern – Organisations- und wirtschaftssoziologische Analysen. Wiesbaden: Springer VS.
Behar, B.I./Guth, C./Saalfeld, R. (2016): Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen. Berlin/Heidelberg: Springer Gabler.
Bensman, J./Gerver, I. (1963): Crime and Punishment in the Factory: The Function of Deviancy in Maintaining the Social System. In: American Sociological Review, 28, S. 588-598.
Berndt, C. (2015): Behavioural economics, expertimentalism and the marketization of development. In: Economy and Society, 44 (4), 567-591.
Bloor, D. (1976): Knowledge and social imagery. University of Chicago Press: Chicago.
Bloor, D. (1999): Anti-Latour. In: Studies in the History and Philosophy of Science, 30 (1), S. 81-112.
Bode, I. (2004): Disorganisierter Wohlfahrtskapitalismus: die Reorganisation des Sozialsektors in Deutschland, Frankreich und Großbritannien. Wiesbaden: VS.
Bode, I. (2010a): Der Zweck heil(ig)t die Mittel? Ökonomisierung und Organisationsdynamik im Krankenhaussektor. In: Endress, M./Matys, T./Wachtler, G.

(Hg.): Die Ökonomie der Organisation – die Organisation der Ökonomie. Wiesbaden. VS Verlag, S. 63-92.
Bode, I. (2010b): Die Malaise der Krankenhäuser. In: Leviathan, 38, S. 189-211.
Bode, I. (2013): Die Infrastruktur des postindustriellen Wohlfahrtsstaats. Organisation – Wandel – gesellschaftliche Hintergründe. Wiesbaden: Springer VS.
Bode, I./Märker, M. (2014): Medicine in Management or Medics in Management? The changing role of doctors in German hospitals. In: International Journal of Public Management Review, (27) 5, S. 395-405.
Bode, I. (2016): Stress durch rekursive Ambivalenz. In: ders./Vogd. W. (Hg.): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive. Wiesbaden: Springer VS, S. 253-279.
Bode, I./Vogd. W. (2016) (Hg.): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive. Wiesbaden: Springer VS.
Bogumil, J. (2004): Ökonomisierung der Verwaltung. Konzepte; Praxis, Auswirkungen und Probleme einer effizienzorientierten Verwaltungsmodernisierung. In: Politische Vierteljahresschrift, Sonderheft 34, S. 209-231.
Bohne, E. (2018): Verwaltungswissenschaft. Eine interdisziplinäre Einführung in die Grundlagen. Wiesbaden: Springer VS.
Bohnsack, R. (1989): Generation, Milieu und Geschlecht. Ergebnisse aus Gruppendiskussionen mit Jugendlichen. Opladen: Leske + Budrich.
Bohnsack, R. (2007): Rekonstruktive Sozialforschung. 6. Auflage, Opladen: Barbara Budrich.
Bohnsack, R. (2010): Fokussierungsmetapher. In: Bohnsack, R./Marotzki, W./Meuser, M. (Hg.): Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Opladen & Farmington Hills: Barbara Budrich, S. 62-66.
Bohnsack, R. (2013a): Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse: Grundprinzipien der dokumentarischen Methode. In: Bohnsack, R./Nentwig-Gesemann, I./Nohl, A.-M. (Hg.): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 3. Auflage. Wiesbaden: Springer VS, S. 241-270.
Bohnsack, R. (2013b): Dokumentarische Methode und die Logik der Praxis. In: Lenger, A./Schneickert, C./Schumacher, F. (Hg.): Pierre Bourdieus Konzeption des Habitus. Wiesbaden: Springer, S. 175-200.
Bohnsack, R. (2014): Habitus, Norm und Identität. In: Helsper, W./Kramer, R.-T./Thiersch, S. (Hg.): Schülerhabitus. Theoretische und empirische Analysen zum Bourdieuschen Theorem der kulturellen Passung. Wiesbaden: VS, S. 33-55.
Bohnsack, R. (2017): Konjunktiver Erfahrungsraum, Regel und Organisation. In: Amling, S./Vogd, W. (Hg.): Dokumentarische Organisationsforschung. Per-

spektiven der praxeologischen Wissenssoziologie. Opladen: Barbara Budrich, S. 233-259.

Bonazzi, G. (2014): Geschichte des organisatorischen Denkens. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

Bollinger, H. (2018): Deprofessionalisierung des Ärztestands revisited. In: Klinke, S./Kadmon, M. (Hg.): Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert – Profession oder Dienstleistung. Berlin: Springer, S. 85-104.

Boltanski, L./Chiapello, È. (2003): Der neue Geist des Kapitalismus. Konstanz: UVK.

Bourdieu, P. (1974): Zur Soziologie der symbolischen Formen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Bourdieu, P. (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In: Kreckel, R. (Hg.): Soziale Ungleichheiten. Soziale Welt, Sonderband 2. Göttingen. Nomos, S. 183-198.

Bourdieu, P./Wacquant, L. (1996): Reflexive Anthropologie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Bourdieu, P. (1987): Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Bourdieu, P. (1998a): Praktische Vernunft. Zur Theorie des Handelns. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Bourdieu, P. (1998b): Das ökonomische Feld. In: ders.u.a.: Der Einzige und sein Eigenheim. Schriften zu Politik und Kultur 3. Hamburg: VSA, S. 162-204.

Bourdieu, P./Chamboredon, J.-C./Passeron, J.-C. (1991): Soziologie als Beruf. Wissenschaftstheoretische Voraussetzung soziologischer Erkenntnis. Berlin/New York: Walter de Gruyter.

Bourdieu, P. (1999): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Bourdieu, P. (2001): Das politische Feld. Zur Kritik der politischen Vernunft. Konstanz: UVK.

Bourdieu, P. (2004): Meditationen. Zur Kritik der scholastischen Vernunft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Bourdieu, P. (2005): The Social Structures of the Economy. Cambridge, MA: Polity Press.

Bourdieu, P. (2012): Die männliche Herrschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Bourdieu, P. (2015): Entwurf einer Theorie der Praxis. 4. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Brosziewski, A. (2002): Computer, Kommunikation und Kontrolle. Eine Fallstudie zum informatisierten Management. Konstanz: UVK.

Bowker, G.C./Star, S.L. (2000): Sorting Things Out. Classification and Its Consequences. Cambridge/London: The MIT Press.

Braun, A. C. (2016): Latours Existenzweisen und Luhmanns Funktionssysteme. Ein soziologischer Theorienvergleich. Wiesbaden: Springer VS.

Braun von Reinersdorff, A. (2002): Strategische Krankenhausführung. Vom Lean Management zum Balanced Hospital Management. Bern/Göttingen: Verlag Hans Huber.

Braun, N./Wolbring, T. (2012): Ende der Ökonomisierung? In: Soziale Welt, 63, S. 379-400.

Brewer, L. (1996): Bureaucratic organisation of professional labour. In: Australian and New Zealand Journal of Sociology, 32 (3), S. 21-38.

Braun von Reinersdorff, A. (2002): Strategische Krankenhausführung. Vom Lean Management zum Balanced Hospital Management. Bern/Göttingen: Verlag Hans Huber.

Bruder-Bezzel, A./Bruder, K-J./Münch, K. (2016): Neoliberale Identitäten. Der Einfluss der Ökonomisierung auf die Psyche. Gießen: Psychosozial.

Brunsson, N. (1989): The Organization of Hypocrisy. Talk, Decisions and Actions in Organizations. Chichester: John Wiley & Sons Inc.

Bröckling, U. (2007): Das unternehmerische Selbst. Soziologie einer Subjektivierungsform. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Bröckling, U. (2017): Gute Hirten führen sanft. Über Menschenregierungskünste. Berlin: Suhrkamp.

Brösel, G./Köditz, F./Schmitt, C. (2004): Kostenträgerrechnung im Krankenhaus – Anforderungen unter DRG-Bedigungen In: Controlling & Management, 48 (4), S. 247-253.

Bundesärztekammer/Verband der leitenden Krankenhausärzte (2013): Bewertung von Zielvereinbarungen in Verträgen mit leitenden Krankenhausärzten durch die gemeinsame Koordinierungsstelle der Bundesärztekammer und des VLK. Zuletzt abgerufen am 11.04.2019 unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Zielvereinbarungen.pdf

Bundesärztekammer (2015): Stellungnahme der Bundesärztekammer »Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung«. In: Deutsches Ärzteblatt, 112 (18), zuletzt abgerufen am 11.04.2019 unter www.bundesärztekammer.de (Stichwort: Medizinische Indikationsstellung und Ökonomisierung)

Bundesministerium für Gesundheit (2018a): Aufgaben und Organisation der GKV. Zuletzt abgerufen am 11.04.2019 unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html

Bundesministerium für Gesundheit (2018b): Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung. Zuletzt abgerufen am 11.04.2019 unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/geschichte.html

Bundesministerium fur Gesundheit (2018c): Wettbewerb im Gesundheitswesen. Zuletzt abgerufen am 06.09.2019 unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/finanzierung/wettbewerb-gesundheitswesen.html

Butterwege, C./Lösch, B./Ptak, R. (Hg.): Neoliberalismus. Analysen und Alternativen. Wiesbaden: VS Verlag.

Butler, J. (1991): Das Unbehagen der Geschlechter. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Çalışkan, K./Callon, M. (2009): Economization, part 1: shifting attention from the economy towards processes of economization. In: Economy and Society, 38 (3), S. 369-398.

Çalışkan, K./Callon, M. (2010): Economization, part 2: a research programme for the study of markets. In: Economy and Society, 39 (1), S. 1-32.

Callon, M. (1998): Laws of the Markets. Oxford: Blackwell Publishers.

Callon, M. (2006): Einige Elemente einer Soziologie der Übersetzung: Die Domestikation der Kammmuscheln und der Fischer der St. Brieuc-Bucht. In: Belliger, A./Krieger, D. J. (Hg.), ANThology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie. Bielefeld: Transcript, S. 135-174.

Callon, M./Latour, B. (2006): Die Demontage des großen Leviathans: Wie Akteure die Makrostruktur der Realität bestimmen und Soziologen ihnen dabei helfen. In: Belliger, A./Krieger, D. J. (Hg.), ANThology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie. Bielefeld: Transcript, S. 75-102.

Chan, Y.L. (1993): Improving hospital cost accounting with activity based costing. In: Healthcare Management Review, S. 71-77.

Chandler, A.D. (1977): The Visible Hand. The Managerial Revolution in American Business. Harvard: Harvard University Press.

Christlich-Demokratische Union/Christlich-Soziale Union/Sozialdemokratische Partei Deutschlands (2018): Ein neuer Aufbruch für Europa. Eine neue Dynamik für Deutschland. Ein neuer Zusammenhalt für unser Land. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode. Zuletzt abgerufen am 12.02.2019 unter: https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1

Chua, W. F. (1995): Experts, networks and inscriptions in the fabrication of accounting images: A story of the representation of three public hospitals. In: Accounting, Organizations and Society, 20 (2-3), S. 111-145.

Clegg, S.R./Hardy, C./Lawrence, T./Nord, W.R. (2013): The SAGE Handbook of Organization Studies. London/Thousand Oaks: Sage Publications.

Coase, R. (1937): The Nature of the Firm. In: Economica, 4 (16), S. 386-405.

Cochrane, A. L. (1972): Effectiveness and Efficiency: Random reflections on health services. London: Nuffield Trust.

Cohen, M.D./March, J.G./Olsen, J.P. (1972): A garbage can model of organizational choice. In: Administrative Science Quarterly 17, S. 1-25.
Coleman, J. S. (1991): Grundlagen der Sozialtheorie. München: Oldenbourg.
Corallo, A.N./Croxford R./Goodman, D.C./Srivastava, D./Stukel, T. A. (2014): A systematic review of medical practice variation in OECD countries. In: Health Policy, 114, S. 5-14.
Courpasson, D. (2000): Managerial strategies of domination. Power in soft bureaucracies. In: Organization Studies, 21 (1), S. 141-61.
Crasselt, N./Maier, B./Heitmann, C. (Hg.) (2018): Controlling im deutschen Krankenhaussektor 2017/18. Studienergebnisse zum aktuellen Stand und zu Entwicklungstendenzen des Controllings in deutschen Krankenhäusern. Münster: zeb.
Crosby, A. W. (1997): The Measure of Reality. Quantification and Western Society 1250-1600. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
Crouch, C. (2008): Postdemokratie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
Crozier, M./Friedberg, E. (1979): Macht und Organisation. Die Zwänge kollektiven Handelns. Königstein a. T.: Athenäum.
Cyert, R./March, J. G. (1963): A Behavorial Theory of the Firm. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
David, M. (2016): The Correspondence Theory of Truth. In: Zalta, E. N. (Hg.): The Stanford Encyclopedia of Philosophy. Zuletzt abgerufen am 11.04.2019 unter: https://plato.stanford.edu/entries/truth-correspondence
Dederichs, A. M./Florian, M. (2002): Felder, Organisationen und Akteure – eine organisationssoziologische Skizze. In: Ebrecht, J./Hillebrandt, F. (Hg.): Bourdieus Theorie der Praxis. Erklärungskraft · Anwendung · Perspektiven. Wiesbaden: VS, S. 69-96.
Deleuze, G. (1992): Differenz und Wiederholung. München: Fink.
Deleuze, G. (2013): Foucault. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
Dermer, J. D./Lucas, R. G. (1986): The Illusion of Managerial Control. In: Accounting, Organizations and Society, 11, S. 471-482.
Deutsche Krankenhausgesellschaft (2014): Empfehlungen gem. § 136a SGB V zu leitungsbezogenen Zielvereinbarungen. Zuletzt abgerufen am 11.04.2019 unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Empfehlung_von_DKG_und_BAeK_zu_Zielvereinbarungen_18112014.pdf
Deutsche Krankenhausgesellschaft (2018): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Zuletzt abgerufen am 11.04.2019 unter https://www.dkgev.de/media/file/89121.Anlage_Bestandsaufnahme_Juni_2018.pdf
Deutsche Krankenhausgesellschaft (2018): Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern. Berlin. Zuletzt

abgerufen am 11.04.2019 unter: https://www.dkgev.de/media/file/89121.Anlage_Bestandsaufnahme_Juni_2018.pdf
DiMaggio, P. J./Powell, W. W. (1983): The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. In: American Sociological Review, 48, S. 147-160.
DiMaggio, P. J. (1988): Interest and agency in institutional theory. In: Zucker, L. G. (Hg.): Institutional Patterns and Organizations. Cambridge, MA: Ballinger, S. 3-21.
Doolin, B. (1999): Casemix Management in a New Zealand Hospital: Rationalisation and Resistance. In: Financial Accountability & Management, 15 (3-4), S. 397-417.
Doolin, B. (2004): Power and resistance in the implementation of a medical management information system. In: Information Systems Journal, 14 (4), S. 343-362.
Dorn, C. (2018): Grenzen von Krankenhausrankings als Leistungsvergleiche. Die Widerständigkeit von Patienten, ärztlicher Profession und Organisationen. In: ders./Tacke, V. (Hg.): Vergleich und Leistung in der funktional differenzierten Gesellschaft. Wiesbaden: Springer VS, S. 223-258.
Döhler, M./Manow, P. (1997): Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren. Wiesbaden: VS.
Dörre, K./Lessenich, S./Rosa, H. (2009): Kapitalismus – Kritik. Eine Debatte. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
Dörre, K. (2012): Landnahme, das Wachstumsdilemma und die »Achsen der Ungleichheit«. In: Berliner Journal für Soziologie, 22, S. 101-128.
Drucker, P. (1955): The Practice of Management. London: Heinemann.
Durkheim, E. (1976): Die Regeln der soziologischen Methode. 4. überarbeitete Auflage. Neuwied: Luchterhand.
Emirbayer, M./Johnson, V. (2008): Bourdieu and organizational analysis. In: Theory and Society, 37 (1), S. 1-44.
Esser, H. (1993): Soziologie. Allgemeine Grundlagen. Frankfurt a.M.: Campus Verlag.
Eichhorn, S. (1967), (1976), (1987): Krankenhausbetriebslehre – Theorie und Praxis des Krankenhausbetriebes, Band I – III, Stuttgart: Kohlhammer.
Espeland, W. N./Stevens, M. L. (1998): Commensuration as a social process. In: Annual Review of Sociology, 24 (1), S. 313-343.
Esposito, E. (2010): Die Zukunft der Futures. Die Zeit des Geldes in Finanzwelt und Gesellschaft. Heidelberg: Carl-Auer.
Esposito, E. (2014): Algorithmische Kontingenz. Der Umgang mit Unsicherheit im Web. In: Cevolini, A. (Hg.): Die Ordnung des Kontingenten. Beiträge zur zahlenmäßigen Selbstbeschreibung der modernen Gesellschaft. Wiesbaden: Springer VS, S. 233-250.

Evetts, J. (2013): Professionalism: Value and ideology. In: Current Sociology Review, 61 (5-6), S. 778-796.

Ezzamel, M./Hoskin, K./Macve, R.H. (1990): Managing it All By Numbers: A Review of Johnson & Kaplan's ›Relevance Lost‹. In: Accounting and Business Research 20, S. 153-166.

Eucken, W. (1989): Die Grundlagen der Nationalökonomie. 9. unveränderte Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer.

Eucken, W. (1990): Grundsätze der Wirtschaftspolitik. 6. Auflage. Tübingen: J. C. B. Mohr.

Evers, A./Heinze, R.G. (Hg.) (2008): Sozialpolitik. Ökonomisierung und Entgrenzung. Wiesbaden: Springer VS.

Faulhaber, G.R./Baumol, W.J. (1988): Economists as Innovators: Practical Products of Theoretical Research.

Feißt, M./Molzberger, K. (2016): Die Praxis der Zahlen im Krankenhausmanagement. Fakt oder Fetisch? In: Bode, I./Vogd, W. (Hg.): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive. Wiesbaden: Springer VS, S. 119-142.

Feißt, M. (2018): Managementarrangements im Krankenhaus. Rekonstruktion und funktionale Typenbildung. In: Bohnsack, R./Hoffmann, N.F./Nentwig-Gesemann, I. (Hg.): Typenbildung und Dokumentarische Methode. Forschungspraxis und methodologische Grundlagen. Berlin/Toronto: Barbara Budrich, S. 374-387.

Fetter, R.B./Thompson, J. D./Mills, R.E. (1976): A System for Cost and Reimbursement Control in Hospitals, in: The Yale Journal of Biology and Medicine, 49, S. 123-136.

Fetter, R.B./Mills, R.E./Riedel, D. C./Thompson, J.D. (1977): The Application of Diagnostic Specific Cost Profiles to Cost and Reimbursement Control in Hospitals. In: Journal of Medical Systems, 1 (2), S. 137-149.

Fetter, R.B./Shin, Y./Freeman, J.L./Averill, R.F./Thompson, J.D. (1980): Casemix definition by diagnosis-related groups. In: Medical Care, 18 (2), S- 1-53.

Fetter, R.B./Freeman, J. L. (1986): Diagnosis related groups: product line management within hospitals. In: Academy of Management Review, 11 (1), S. 41-54.

Fetter, R.B. (Hg.) (1991). DRGs: Their Design and Development. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

Fetter, R.B. (1993): Foreword. In: Casas, M./Wiley, M. (Hg.): Diagnosis-Related Groups in Europe, Uses and Perspectives. Berlin: Springer.

Fleßa, S./Greiner, W. (2013): Grundlagen der Gesundheitsökonomie. Eine Einführung in das wirtschaftliche Denken im Gesundheitswesen. 3. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer Gabler.

Fourcade, M./Ollion, E./Algan, Y. (2015): The Superiority of Economists. In: The Journal of Economic Perspectives, 29 (1), S. 89-113.

Fox, R. (1969): Training for Uncertainty. In: Merton, R. K./Reader, G. G./Kendall, P. L. (Hg.): The Student Physician. Introductory Studies in the Sociology of Medical Education. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Fox, S. (2000): Communities of practice, Foucault and actor network theory. In: Journal of Management Studies, 37 (6), S. 853-868.

Freidson, E. (1974): Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge. New York: Dodd, Mead & Company.

Freidson, E. (1975a): Dominanz der Experten. Zur Struktur medizinischer Versorgung. München/Berlin/Wien: Urban und Schwarzenberg.

Freidson, E. (1975b): Doctoring Together. A Study of Professional Social Control. New York: Elsevier.

Freidson, E. (1976): The Development of Administrative Accountability in Health Services. In: The American Behavioral Scientist, 19 (3), S. 286-298.

Freidson, E. (1979): Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. Stuttgart: Enke.

Freidson, E. (1986): Professional powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge. Chicago: Chicago University Press.

Freidson, E. (2001): Professionalism. The Third Logic. Chicago: The University of Chicago Press.

Frey, B. S. (1997): Not just for the money: An economic theory of personal motivation. Cheltenham, UK: Edward Elgar.

Friedland, R./Alford, R.R. (1991): Bringing Society Back In: Symbols, Practices, and Institutional Contradictions. In: Powell, W.W./DiMaggio, P.J. (Hg.): The New institutionalism in organizational analysis. Chicago: University of Chicago Press, S. 232-266.

Friedman, M. (1966): Essays in positive economics. Chicago: Chicago University Press.

Foucault, M. (1994): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Foucault, M. (1999): In Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesungen am Collège de France 1975/1976. 2. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Foucault, M. (2006): Sicherheit, Territorium, Bevölkerung. Geschichte der Gouvernementalität. Band I und II. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Foucault, M. (2011): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. 10. Auflage. Frankfurt a.M.: Fischer.

Fuchs-Heinritz, W./Lautmann, R./Rammstedt, O./Wienold, H. (Hg.) (1994): Lexikon zur Soziologie. Wiesbaden: VS.

Garfinkel, H. (1967/1984): Studies in Ethnomethodology. Malden/MA: Polity Press/Blackwell Publishing.

Geißler, P. (2016): Ökonomisierung durch Kalkularisierung. Zahlenbasierte Leistungsindikatoren und ihr Einfluss auf die Autonomie der Wissenschaft. Konstanz: UVK.
Gerlinger, T. (2014): Gesundheitsreform in Deutschland – Hintergrund und jüngere Entwicklungen. In: Manzei, A./Schmiede, R. (Hg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Wiesbaden: Springer VS, S. 35-70.
Giddens, A. (1984): Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
Giddens, A. (1999): Der dritte Weg. Die Erneuerung der sozialen Demokratie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
Girard, R. (1997): Wenn all das beginnt: Dialog mit Michel Treguer. Münster: LIT.
Glaser, B./Strauss, A. (1998): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber.
Goffman, E. (1996): Rahmen Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen. 4. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
Golsorkhi, D./Rouleau, L./Seidl, D. /Vaara, E. (2015): Cambridge Handbook of Strategy as Practice. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
Granovetter, M. (1985): Economic Action and Social Structure. The Problem of Embededness. In: American Journal of Sociology, 91, S. 481-510.
Greiner, W. (2011): Gesundheitsökonomie: Über die rationale Allokation knapper Ressourcen im Versorgungsalltag. In: Schott, T./Hornberg, C. (Hg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden: VS, S. 329-344.
Grube, R. (2013): Controlling im Krankenhaus – eine Grundvoraussetzung für effiziente Organisation. In: Dilcher, B./Hammerschlag, L. (Hg.): Klinikalltag und Arbeitszufriedenheit. Die Verbindung von Prozessoptimierung und strategischem Personalmanagement. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 55-64.
Habermas, J. (1982): Theorie des kommunikativen Handelns. Band I: Handlungsrationalität und gesellschaftliche Rationalisierung. 2. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
Habermas, J./Luhmann, N. (1971): Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie? Was leistet die Systemforschung? Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
Habersam, M. (2009): Management öffentlicher Krankenhäuser. Eine Rekonstruktion der theoretischen Grundlagen. Wiesbaden.
Harvey, D. (2005): A Brief History of Neoliberalism. Oxford: Oxford University Press.
Haug, M. (1988): A re-examination of the hypothesis of deprofessionalisation. In: The Millbank Quarterly, 66 (2), S. 48-56.
Heine, M./Herr, H. (2013): Volkswirtschaftslehre. Paradigmenorientierte Einführung in die Mikro- und Makroökonomie. München: Oldenbourg.

Heintz, B. (1999): Die Innenwelt der Mathematik. Zur Kultur und Praxis einer beweisenden Disziplin. Wien/New York: Springer.

Heintz, B. (2007): Zahlen, Wissen, Objektivität: Wissenschaftssoziologische Perspektiven. In: Mennicken, A./Vollmer, H. (Hg.): Zahlenwerk. Kalkulation, Organisation und Gesellschaft. Wiesbaden: Springer VS, S. 65-86.

Heintz, B. (2010): Numerische Differenz. Überlegungen zu einer Soziologie des (quantitativen) Vergleichs. In: Zeitschrift für Soziologie, 39 (3), S. 162-181.

Heintz, B. (2012): Welterzeugung durch Zahlen. Modelle politischer Differenzierung in internationalen Statistiken, 1948-2010. In: Soziale Systeme, 18 (1/2), S. 7-39.

Heintz, B. (2016): »Wir leben im Zeitalter der Vergleichung.« Perspektiven einer Soziologie des Vergleichens. In: Zeitschrift für Soziologie, 45 (5), S. 305-323.

Helgesson, C.F./Muniesa, F. (2013): For What It's Worth: An Introduction to Valuation Studies. In: Valuation Studies, 1 (1), S. 1-10.

Hessinger, P./Pohlmann, M. (Hg.) (2017): Globalisierung als Auto-Kapitalismus. Studien zur Globalität moderner Gesellschaften. Wiesbaden: Springer VS.

Hodgson, G. (2012): On the Limits of Rational Choice Theory. In: Economic Thought, 1, S. 94-108.

Hoff, T.J. (2001): The physician as worker: What it means and why now? In: Health Care Management Review, 26 (4), S. 53-70.

Hoffmann, P. (2015): DRG-System: In der Sackgasse. In: Deutsches Ärzteblatt, 112 (26), S. 1188.

Hopwood, A.G. (1978): Towards an Organizational Perspective for the Study of Accounting and Information System. In: Accounting, Organizations and Society, 3 (1), S. 3-13.

Hopwood, A.G./Miller, P. (Hg.) (1994): Accounting as Social and Institutional Practice. Cambridge: Cambridge University Press.

Höhne, T. (2015): Ökonomisierung und Bildung. Zu den Formen ökonomischer Rationalisierung im Feld der Bildung. Wiesbaden: Springer VS.

Hughes, E.C. (1951): Mistakes at work. In: The Canadian Journal of Economics and Political Science, 17 (3), S. 320-327.

Jansen, T./Vogd, W. (2013): Polykontexturale Verhältnisse – disjunkte Rationalitäten am Beispiel von Organisationen. In: Zeitschrift für theoretische Soziologie, 1 (2), S. 82-97.

Jansen, T./von Schlippe, A./Vogd, W. (2015): Kontexturanalyse – ein Vorschlag für rekonstruktive Sozialforschung in organisationalen Zusammenhängen. In: Forum Qualitative Sozialforschung, 16 (1), Artikel 4.

Jansen, T. (2016): Jenseits von Synergetik und Autopoiese – Skizzen zu einer mehrwertigen systemischen Theorie. In: Familiendynamik, 41 (1), S. 70-79.

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) (2018): Abschlussbericht. Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2019. Klassifikation,

Katalog und Bewertungsrelationen. Teil I: Projektbericht. Siegburg. Zuletzt abgerufen am 11.04.2019 unter https://www.g-drg.de/content/download/8045/59865/version/4/file/Abschlussbericht_G-DRG-System2019.pdf?pk_campaign=drg19&pk_kwd=Abschlussbericht

Jäger, W./Schimank, U. (Hg.) (2005): Organisationsgesellschaft. Facetten und Perspektiven. Wiesbaden.

Junge, M./Lechner, G. (Hg.) (2004): Scheitern. Aspekte eines sozialen Phänomens. Wiesbaden: VS Verlag.

Keil, J. (2012): »Die Ökomomie ist zu einer Instanz des Wahrsagens geworden«. Joseph Vogl im Gespräch. In: Grenzen, 7 (1), S. 50-56.

Kette, S. (2017): Refinanzierung als Organisationsproblem. Vorarbeiten zu einer geldsensensitiven Organisationssoziologie. In: Zeitschrift für Soziologie, 46 (5), S. 326-346.

Kette, S. (2019): Geld regiert die Welt? Facetten und Dynamiken der Ökonomisierung. In: Apelt, M./Bode, I./Hasse, R./Meyer, U./Groddeck, V. V./Wilkesmann, M./Windeler, A. (Hg.): Handbuch Organisationssoziologie. Wiesbaden: Springer.

Kette, S./Tacke, V. (2018): Dynamiken des Leistungsvergleichs im Kontext von Organisationen der Wirtschaft. In: Dorn, C./Tacke, V. (Hg.): Vergleich und Leistung in der funktional differenzierten Gesellschaft. Wiesbaden: Springer VS, S. 131-164.

Kieser, A./Ebers, M. (Hg.) (2006): Organisationstheorien. 6. Auflage. Kohlhammer: Stuttgart.

Kieser, A. (2006a): Max Webers Analyse der Bürokratie. In: Kieser, A./Ebers, M. (Hg.) (2006): Organisationstheorien. 6. Auflage. Kohlhammer: Stuttgart.

Kieser, A. (2006b): Managementlehre und Taylorismus. In: Kieser, A./Ebers, M. (Hg.) (2006): Organisationstheorien. 6. Auflage. Kohlhammer: Stuttgart.

Kirchgäsner, G. (1997): Auf der Suche nach dem Gespenst des Ökonomismus. In: Analyse & Kritik, 19, S. 127-152.

Kitchener, M. (2000): The ›bureaucratization‹ of professional roles: The case of clinical directors in UK hospitals. In: Organization, 7 (1), S. 129-154.

Kitchener, M. (2002): Mobilizing the Logic of Managerialism in Professional Fields. The Case of Academic Health Centre Mergers. In: Organization Studies, 23 (3), S. 391-420.

Klatetzki, T. (2012): Professionelle Organisationen. In: Apelt, M./Tacke, V. (Hg.): Handbuch Organisationstypen. Wiesbaden: Springer VS.

Klatetzki, T./Tacke, V. (2005): Organisation und Profession. Wiesbaden: VS.

Klinke, S. (2008): Ordnungspolitischer Wandel im stationären Sektor. 30 Jahre Gesundheitsreform, DRG-Fallpauschalensystem und ärztliches Handeln im Krankenhaus. Berlin: Pro Business.

Kluge, A. (2017): Texte und Materialien aus den sieben Körben. »Schirmherr makelloser Schlangenschönheit«. In: Volltext, 04. Zuletzt abgerufen am 11.04.2019 unter: https://volltext.net/texte/alexander-kluge-niklas-luhmann-liebe-passion/

Kneer, G. (2008): Hybridizität, zirkulierende Referenz, Amoderne? Eine Kritik an Bruno Latours Soziologie der Assoziationen. In: Ders./Schroer, M./Schüttpelz, E. (2008): Bruno Latours Kollektive: Kontroversen zur Entgrenzung des Sozialen. Frankfurt a.M.: Suhrkamk, 261-305.

Kneer, G./Schroer, M./Schüttpelz, E. (2008): Bruno Latours Kollektive: Kontroversen zur Entgrenzung des Sozialen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Kneesebeck, O. v. d./Klein, J./Grosse, K./Blum, K./Johannes. S. (2010): Psychosoziale Arbeitsbelastungen bei chirurgisch tätigen Krankenhausärzten. Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. In: Deutsches Ärzteblatt, 107 (14): S. 248-253.

Knorr-Cetina, K. (1984): Die Fabrikation von Erkenntnis. Zur Anthropologie der Naturwissenschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Kornberger, M./Bowker, G.C./Elyachar, J./Mennicken, A./Miller, P./Nucho, J.R./Pollock, N. (Hrsg.) (2019): Thinking Infrastructures. In: Research in the Sociology of Organizations, 62, Bingley: Emerald Publishing.

König, F. K. (2007): Die Ökonomisierung der Gesellschaft. Systemtheoretische Perspektiven. Bielefeld: Transcript.

Krugman, P. (2009): How Did Economists Get It So Wrong? In: New York Times Magazine, 2. September, 36. Zuletzt abgerufen am 11.04.2019 unter: https://www.nytimes.com/2009/09/06/magazine/06Economic-t.html

Kubisch, S. (2008): Habituelle Konstruktion sozialer Differenz. Eine rekonstruktive Studie am Beispiel von Organisationen der Freien Wohlfahrtspflege. Wiesbaden: Springer VS.

Kühl, S. (2002): Jenseits der Face-to-Face-Organisation. Wachstumsprozesse in kapitalmarktorientierten Unternehmen. In: Zeitschrift für Soziologie, 31 (3), S. 186-210.

Kühl, S. (2004): Arbeits- und Industriesoziologie. Bielefeld: Transcript.

Kühl, S. (2015): Gesellschaft der Organisationen, organisierte Gesellschaft, Organisationsgesellschaft. In: Apelt, M./Tacke, V. (Hg.): Zukunft Organisationssoziologie. Wiesbaden: Springer VS, S. 73-91.

Kuttner, A. (2015): Ökonomisches Denken und Ethisches Handeln. Ideengeschichtliche Aporien der Wirtschaftsethik. Wiesbaden: Springer VS.

Kurunmäki, L. (2004): A hybrid profession – the acquisition of management accounting expertise by medical professionals. In: Accounting, Organizations and Society, 29 (3), S. 327-347.

Lachmann, M. (2011): Der Einsatz von Controllinginstrumenten in Krankenhäusern. Verbreitung, Kontextfaktoren und Erfolgspotenziale. Wiesbaden: Springer Gabler.

Latour, B. (1988): Science in Action. How to follow scientists and engineers through society. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Latour, B. (1993): The Pasteurization of France. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Latour, B. (2000): Die Hoffnung der Pandora. Untersuchungen zur Wirklichkeit der Wissenschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Latour, B. (2001): Das Parlament der Dinge: Naturpolitik. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Latour, B. (2005): Reassembling the Social. An Introduction to Actor-Network-Theory. Oxford/New York: Oxford University Press.

Latour, B. (2006a): Technik ist stabilisierte Gesellschaft. In: Belliger, A./Krieger, D. J. (Hg.), ANThology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie. Bielefeld: Transcript, S. 369-398.

Latour, B. (2006b): Drawing Things Together: Die Macht der unveränderlich mobilen Elemente. In: Belliger, A./Krieger, D. J. (Hg.), ANThology. Ein einführendes Handbuch zur Akteur-Netzwerk-Theorie. Bielefeld: Transcript, S. 259-308.

Latour, B. (2007): Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft. Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Latour, B. (2008): Wir sind nie modern gewesen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Latour, B./Lépinay, V. (2010): Die Ökonomie als Wissenschaft der leidenschaftlichen Interessen. Berlin: Suhrkamp.

Latour, B. (2014): Existenzweisen. Eine Anthropologie der Modernen. Berlin: Suhrkamp.

Latour, B./Woolgar, S. (1979): Laboratory life: The social construction of scientific facts. Beverly Hills.

Lawrence, T.B./Suddaby, R./Leca, B. (Hg.) 2009: Institutional work. Actors and agency in institutional studies of organization. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Lawrence, T.B./Suddaby, R. 2006: Institutions and institutional work, in: Clegg, S.R./Hardy, C./Lawrence, T.B./Nord, W.R. (Hg.): Handbook of organization studies. 2. Auflage. London: Sage Publications, S. 215-254.

Lazega, E. (2005): A Theory of Collegiality and its Relevance for Understanding Professions and knowledge-intensive Organizations. In: Klatetzki, T./Tacke, V. (Hg.): Organisation und Profession. Wiesbaden: VS, S. 221-252.

Lehmann, M. (2014): Komplexe Ereignisse und kontingente Mengen. Anmerkungen zur Soziologie der Zahl. In: Cevolini, A. (Hg.): Die Ordnung des Kontingenten. Beiträge zur zahlenmäßigen Selbstbeschreibung der modernen Gesellschaft. Wiesbaden: Springer VS, S. 41-62.

Lehtonen, T. (2007): DRG-based prospective pricing and case-mix accounting—Exploring the mechanisms of successful implementation. In: Management Accounting Research, 18 (3), S. 367-395.

Le Grand, J./Bartlett, W. (1993): The Theory of Quasi-Markets. In: dies. (Hg.): Quasi-Markets and Social Policy. London: Macmillan, S. 13-34.
Lepenies, P. (2013): Die Macht der einen Zahl – Eine politische Geschichte des Bruttoinlandsprodukts. Berlin: Suhrkamp.
Lessenich, S. (2008): Die Neuerfindung des Sozialen: der Sozialstaat im flexiblen Kapitalismus. Bielefeld.
Llewellyn, S. (2001): ›Two-way windows‹: Clinicians as Medical Managers. In: Organization Studies, 22 (4), S. 593-623.
Luhmann, N. (1971): Sinn als Grundbegriff der Soziologie. In: Habermas, J./Luhmann, N. (Hg.): Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie? Was leistet die Systemforschung? Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 25-100.
Luhmann, N. (1972): Funktionen und Folgen formaler Organisation. 2. Auflage. Duncker & Humblot: Berlin.
Luhmann, N. (1981): Soziologische Aufklärung 3. Soziales System, Gesellschaft, Organisation. Opladen: Westdeutscher Verlag.
Luhmann, N. (1983): Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In: Herder-Dorneich, P./Schuller, A. (Hg.): Die Anspruchsspirale: Schicksal oder Systemdefekt? Stuttgart: Kohlhammer, S: 28-49.
Luhmann, N. (1987): Soziale Systeme. Grundriss einer allgemeinen Theorie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
Luhmann, N. (1991): Soziologische Aufklärung 2. Aufsätze zur Theorie der Gesellschaft. 4. Auflage. Wiesbaden: Springer.
Luhmann, N. (1993): Das Recht der Gesellschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
Luhmann, N. (1996): Die Wirtschaft der Gesellschaft. 2. Auflage. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
Luhmann, N. (1998): Die Gesellschaft der Gesellschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp
Luhmann, N. (2000): Die Politik der Gesellschaft. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
Luhmann, N. (2003): Die Paradoxie des Entscheidens. In: Balke, F. v./Schwering, G./Stäheli, U. (Hg.): Paradoxien der Entscheidung: Wahl/Selektion in Kunst, Literatur und Medien. Bielefeld: Transcript, S. 17-56.
Luhmann, N. (2006): Organisation und Entscheidung. 2. Auflage. Wiesbaden: VS.
Luhmann, N. (2019): Respezifikationen: Organisation und Professionalisierung. In: ders.: Schriften zur Organisation. Band 3. Herausgegeben von Lukas, E./Tacke, V., Wiesbaden: Springer VS, S. 203-226.
Lüders, C. (2000): Beobachten im Feld und Ethnographie, in: Flick, U./von Kardoff, E./Steinke, I. (Hg.): Qualitative Forschung – Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, S. 384-401.
Lowe, A. (2001): Casemix accounting systems and medical coding: Organisational actors balanced on »leaky black boxes«. In: Journal of Organizational Change Management, 14 (1), S. 79-100.

Maio, G. (2014): Gefährdung der Patientensicherheit im Zeitalter der DRGs. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 108 (1), S. 32-34.

Maio, G. (2015): Den kranken Menschen verstehen: für eine Medizin der Zuwendung. Freiburg/Basel/Wien: Herder.

Maio, G. (2017): Warum die Medizin zu medizinischem Denken zurückfinden muss. In: Das Gesundheitswesen, 79, S. 124-132.

Mannheim, K. (1980): Strukturen des Denkens. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Mangold, W./Bohnsack, R. (1988): Kollektive Orientierungen in Gruppen Jugendlicher. Bericht für die Deutsche Forschungsgemeinschaft. Erlangen.

Manzei, A. (2009). Neue betriebswirtschaftliche Steuerungsformen im Krankenhaus: wie durch die Digitalisierung der Medizin ökonomische Sachzwänge in der Pflegepraxis entstehen. Pflege & Gesellschaft, 14(1), S. 38-53.

Manzei, A./Schmiede, R. (Hg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Wiesbaden: Springer VS.

Manzei, A./Schnabel, M./Schmiede, R. (2014): Embedded Competition – Oder wie kann man die Auswirkungen wettbewerblicher Regulierung im Gesundheitswesen messen? Eine methodologische Perspektive. In: Manzei, A./Schmiede, R. (Hg.): 20 Jahre Wettbewerb im Gesundheitswesen. Theoretische und empirische Analysen zur Ökonomisierung von Medizin und Pflege. Wiesbaden: Springer VS, S. 11-34.

Manzeschke, A. (2011): ›Ökonomisierung‹ – Klärungsbedürftigkeit und Erklärungskraft eines Begriffs. In: Kettner, M./Koslowski, P. (Hg.): Ökonomisierung und Kommerzialisierung der Gesellschaft. Wirtschaftsphilosophische Unterscheidungen. München: Wilhelm Fink, S. 67-96.

Malthus, T.R. (1924/1925): Eine Abhandlung über das Bevölkerungsgesetz oder eine Untersuchung seiner Bedeutung für die menschliche Wohlfahrt in Vergangenheit und Zukunft, nebst einer Prüfung unserer Aussichten auf eine künftige Beseitigung oder Linderung der Übel, die es verursacht. In: Sammlung sozialwissenschaftlicher Meister, Band 6-7. Jena: Fischer.

Marx, K. (1962): Das Kapital. Kritik der politischen Ökonomie. Erster Band, Buch I: Der Produktionsprozeß des Kapitals [MEW 23]. Berlin: Karl Dietz.

Marx, K. (2004): Thesen über Feuerbach. In: Fetscher, I. (Hg.): Karl Marx, Friedrich Engels – Studienausgabe in 5 Bänden. Band I Philosophie. Berlin: Aufbau, S. 149-151.

Mau, S. (2017): Das metrische Wir. Über die Quantifizierung des Sozialen. Berlin: Suhrkamp.

Mau. S. (2018): Die Quantifizierung des Sozialen. In: Zeitschrift für Soziologie, 02, S. 274-292.

Mauss, M. (1990): Die Gabe. Form und Funktion des Austausches in archaischen Gesellschaften. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Mayntz, R./Scharpf, F. W. (Hg.) (1995): Gesellschaftliche Selbstregulierung und politische Steuerung. Frankfurt a.M.: Campus.

Mayntz, R. (2009): Über Governance. Institutionen und Prozesse politischer Regelung. Frankfurt a.M.: Campus.

McCloskey, D. (1985): The Rhetoric of Economics. Madison: University of Wisconsin Press.

Mackenzie, C./Stoljar, N. (Hrsg.) (2000): Relational Autonomy. Feminsit Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self. New York/Oxford: Oxford University Press.

MacKenzie, D./Muniesa, F./Siu, L. H. (2007): Do Economics Make Markets? On the Performativity of Economics. Princeton: Princeton University Press.

Mennicken, A./Espeland, W.N. (2019): What's New with Numbers? Sociological Approaches to the Study of Quantification. In: Annual Review of Sociology, 45, S. 223-245.

Mennicken, A./Kurunmäki, L./Miller, P. (2016): Quantifying, Economising, and Marketising: Democratising the social sphere? In: Sociologie du Travail, 58 (4), S. 390-402.

Mennicken, A./Vollmer, H. (2007): Zahlenwerk. Kalkulation, Organisation und Gesellschaft. Wiesbaden: VS.

Mensching, A. (2008): Gelebte Hierarchien. Mikropolitische Arrangements und organisationskulturelle Praktiken am Beispiel der Polizei. Wiesbaden: Springer VS.

Mensching, A./Vogd, W. (2013): Mit der dokumentarischen Methode im Gepäck auf der Suche nach dem Konjunktiven der Organisation. In: Loos, P./Nohl, A.-M./Przyborski, A./Schäffer, B.(Hg.): Dokumentarische Methode. Opladen, Barbara Budrich, S. 320-336.

Meuser, M./Nagel, U. (2002): ExpertInneninterviews — vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Bogner, A./Littig, B./Menz, W. (Hg.): Das Experteninterview. Wiesbaden: VS, S. 71-94.

Messner, M./Scheytt, T./Becker, A. (2007): Messen und Managen: Controlling und die (Un-)Berechenbarkeit des Managements, in: Mennicken, A./Vollmer, H. (Hg.): Zahlenwerk. Kalkulation, Organisation und Gesellschaft. Wiesbaden: VS, S. 87-104.

Meyer, J.W. (2005): Weltkultur. Wie die westlichen Prinzipien die Welt durchdringen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Meyer, J.W./Rowan, B. (1977): Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. In: American Journal of Sociology, 83 (2), S. 340-363.

Meyer, M.W./Zucker, L.G. (1989): Permanently failing organizations. Chicago: Sage Publications.

Mill, J. S. (2006): The Principles of Political Economy with Some of Their Applications to Social Philosophy. In: Robson, J.M. (Hg.): The Collected Works of John Stuart Mill. Volume II. Toronto: University of Toronto Press.

Miller, P. (1992): Accounting and Objectivity: The Invention of Calculating Selves and Calculable Spaces, in: Annals of Scholarship, 9 (1/2), S. 61-85.

Miller, P. (2001): Governing by Numbers: Why Calculative Practices Matter. In: Social Research, 68 (2), S. 379-396.

Milijak, T./Da-Cruz, P./Pfannstiel, M.A. (2015): DRG-System: Nachhaltige Profitabilität kaum möglich. In: Deutsches Ärzteblatt, 120 (20), S. 914-916.

Milstein, R./Schreyögg, J. (2016): Pay for Performance in the inpatient sector: A review of 34 P4P programs in 14 OECD countries. In: Health Policy, 120, S. 1125-1140.

Minsky, H. P. (2011): Instabilität und Kapitalismus. Zürich: Diaphanes.

Mintzberg, H. (1983): Structures in Fives: Designing Effective Organizations. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Mintzberg, H. (1991): Mintzberg über Management. Führung und Organisation. Mythos und Realität. Wiesbaden: Gabler.

Mirowski, P. (1989): More heat than light. Economics as social physics: Physics as nature's economics. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Mirowski, P./Plehwe, D. (2009) (Hg.): The Road from Mont Pelèrin. The Making of the Neoliberal Thought Collective. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Mo, T.O. (2008): Doctors as managers: Moving towards general management? In: Journal of Health Organization and Management, 22 (4), S. 400-415.

Mohan, R. (2018): Die Ökonomisierung des Krankenhauses. Eine Studie über den Wandel pflegerischer Arbeit. Bielefeld: Transcript.

Mohrmann, H. (2013): Zur informationstheoretischen und organisationstheoretischen Formalisierung von Organisation, in: Passoth, J.-H./Wehner, J. (Hg.): Quoten, Kurven und Profile. Zur Vermessung der sozialen Welt. Wiesbaden: Springer VS, S. 69-86.

Molzberger, K. (2010): Der orchestrierte Meinungswandel: das institutionelle Projekt der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft unter neo-institutionalistischer Perspektive. Frankfurt a.M.. Zuletzt abgerufen am 16.12.2018 unter: https://www.ssoar.info/ssoar/handle/document/36152.

Müller/, U./Giegold, S./Arhelger, M. (Hg.) (2004): Gesteuerte Demokratie? Wie neoliberale Eliten Politik und Öffentlichkeit beeinflussen. Hamburg: VSA.

Muzio, D./Kirkpatrick, I. (2011): Introduction: Professions and organizations – a conceptual framework. In: Current Sociology, 59 (4), Special Issue: Reconnecting Professional Occupations and Professional Organizations, S. 389-405.

Naegler, H./Wehkamp, K-H. (2018): Medizin zwischen Patientenwohl und Ökonmisierung. Krankenhausärzte und Geschäftsführer im Interview. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Nassehi, A. (2012): Ökonomisierung als Optionssteigerung: Eine differenzierungstheoretische Perspektive. In: Soziale Welt, 63 (4), S. 401-418.

Neubauer, G./Ujlaky, R./Beivers, A. (2010): Finanzmanagement in Krankenhäusern. In: Busse, R./Schreyögg, J./Tiemann, O. (Hg.): Management im Gesundheitswesen. 2. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 235-247.

Nicolini, D. (2012): Practice Theory, Work, and Organization. An Introduction. Oxford: Oxford University Press.

Niephaus, Y. (2018): Ökonomisierung. Diagnose und Analyse auf der Grundlage feldtheoretischer Überlegungen. Wiesbaden: Springer VS.

Niehaus, J./Wilkesmann, M. (2018): Komplizen wider Willen. Möglichkeiten und Grenzen der Steuerung ärztlicher interaktiver Arbeit im Krankenhaus. In: Neuhaus, L./Käch, O. (Hg.): Bedingte Professionalität. Professionelles Handeln im Kontext von Institution und Organisation. Weinheim: Beltz Juventa, S. 208-238.

Nohl, A.-M. (2009): Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis. 3. Auflage. Wiesbaden: VS.

Nohl, A.-M. (2017): Organisationen in der dokumentarischen Mehrebenenanalyse. In: Amling, S./Vogd, W. (Hg.): Dokumentarische Organisationsforschung. Perspektiven der praxeologischen Wissenssoziologie. Berlin/Toronto: Barbara Budrich, S. 279-300.

Noordegraaf, M. (2007): From »Pure« to »Hybrid« Professionalism. Present-Day Professionalism in Ambiguous Public Domains. In: Administration & Society, 39 (6), S. 761-785.

North, D.C. (1992): Transaction Costs, Institutions, and Ecomomic Performance. San Fransisco: ICS Press.

Numerato, D./Salvatore, D./Giovanni, F. (2013): The impact of management on medical professionalism: a review. In: Sociology of Health & Illness, 34 (4), S. 626-644.

Oevermann, U. (1996): Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionalisierten Handelns. In: Combe, A./Helsper, W. (Hg.): Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns. Frankfurt a.M.: Suhrkamp, S. 70-182.

Oevermann. U. (2006): Wissen, Glauben, Überzeugen: ein Vorschlag zu einer Theorie des Wissens aus krisentheoretischer Perspektive. In: Tänzler, D./Knoblauch, H./Soeffner, H-G. (Hg.): Neue Perspektiven der Wissenssoziologie. Konstanz: UVK, S. 79-118.

Orlikowski, W. J. (2000). Using technology and constituting structures: a practice lens for studying technology in organizations. In: Organization Science, 11 (4), S. 404-428.

Orlikowski, W. J. (2007): Sociomaterial practices: Exploring technology at work. In: Organization Studies, 2007, 28 (9), S. 1435-1448.

Orlikowski, W. J. (2010): The sociomateriality of organisational life: considering technology in management research. In: Cambridge Journal of Economics, 34, S. 125-141.

Ortmann, G. (1995): Formen der Produktion. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Ortmann, G. (2000): Organisation, Strukturation, Gesellschaft. In: ders./Sydow, J./Türk, K. (Hg.): Theorien der Organisation. Die Rückkehr der Gesellschaft. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Ortmann, G. (2004): Als-Ob. Wiesbaden: Springer VS.

Ortmann, G./Sydow, J. (Hg.) 2013: Strategie und Strukturation. Strategisches Management von Unternehmen, Netzwerken und Konzernen, Konstanz: Gabler.

Ostermann, A./Molzberger, K. (2017): Interdisziplinäre Managementpraktiken im Krankenhaus – eine empirische Rekonstruktion. In: Amling, S./Vogd, W. (Hg.): Dokumentarische Organisationsforschung. Perspektiven der praxeologischen Wissenssoziologie. Berlin/Toronto: Barbara Budrich, S. 208-229.

Parsons, T. (1964): Die akademischen Berufe und die Sozialstruktur. In: ders.: Beiträge zur soziologischen Theorie. Neuwied: Luchterhand, S. 160-179.

Parsons, T. (1968): Professions. In: International Encyclopedia of the Social Sciences, 12, S. 536-547.

Parsons, T. (1991): The Social System. London: Routledge.

Peetz, T. (2014): Mechanismen der Ökonomisierung. Theoretische und empirische Untersuchungen am Fall »Schule«. Konstanz: UVK.

Perler, D. (2006): René Descartes. 2. Auflage. München: C. H. Beck.

Perrow, C. (1989): Eine Gesellschaft von Organisationen. In: Journal für Sozialforschung, 28, S. 3-19.

Perrow, C. (1992): Normale Katastrophen. Die unvermeidlichen Risiken der Großtechnik. Frankfurt: Campus.

Pfeffer, J./Salancik, G.R. (1978): The External Control of Organizations: A Resource Dependence Perspective. New York, NY: Harper and Row.

Pfeffer, J. (1992): Managing with Power. Harvard: Harvard Business School Press.

Pleger, W. (2017): Das gute Leben. Eine Einführung in die Ethik. Stuttgart: J.B. Metzler.

Pohlmann, M. (2013): The Migration of Elites in a Borderless World: Citizenship as an Incentive for Professionals and Managers? In: ders./Yang, J./Lee, J.-H. (Hg.): Citizenship and Migration in the Era of Globalization. Berlin/Heidelberg: Springer.

Polanyi, K. (1978): The Great Transformation. Politische und ökonomische Ursprünge von Gesellschaften und Wirtschaftssystemen. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Pollitt, C. (1993): Managerialism and the Public Services: Cuts or Cultural Change in the 1990s? Cambridge, MA: Blackwell.

Porter, T.M. (1992): Quantification and the Accounting Ideal in Science, in: Social Studies of Science, 22 (4), S. 633-651.

Porter, T.M. (1995): Trust in Numbers: The Pursuit of Objectivity in Science and Public Life. Princeton: Princeton University Press.

Porzsolt, F. (1996): Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitssystem. In: Münchner Medizinische Wochenschrift 138, S. 608-611.

Powell, W.W./DiMaggio, P.J. (Hg.) (1991): The New Institutionalism in Organizational Analysis. Chicago/London: The University of Chicago Press.

Power, M. (1997): The Audit Society. Rituals of Verification. New York: Oxford University Press.

Prakash, S./Dehoust, G./Gsell, M./Schleicher, T./Stamminger, R. (2016): Einfluss der Nutzungsdauer von Produkten auf ihre Umweltwirkung: Schaffung einer Informationsgrundlage und Entwicklung von Strategien gegen »Obsoleszenz«. Dessau-Roßlau. Zuletzt abgerufen am 11.04.2019 unter: https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/378/publikationen/texte_11_2016_einfluss_der_nutzungsdauer_von_produkten_obsoleszenz.pdf

Preisendörfer, P. (2016): Organisationssoziologie. Grundlagen, Theorien und Problemstellungen. 4. Auflage. Springer VS: Wiesbaden.

Preston, A.M. (1992): The birth of clinical accounting: a study of the emergence and transformations of discourses on costs and practices of accounting in US hospitals. In: Accounting, Organizations and Society, 17 (1), S. 63-100.

Priddat, B.P. (1995): Die andere Ökonomie: Eine neue Einschätzung von Gustav Schmollers Versuch einer ›ethisch-historischen‹ Nationalökonomie im 19.ten Jahrhundert. Marburg: Metropolis-Verlag.

Priddat, B.P. (2001): Le concert universel. Die Physiokratie. Eine Transformationsphilosophie des 18. Jahrhunderts. Marburg: Metropolis.

Priddat, B.P. (2002): Theoriegeschichte der Wirtschaft. München: W. Fink.

Priddat, B.P. (2013): Bevor wir über ›Ökonomisierung‹ reden: was ist ›ökonomisch‹? In: Soziale Welt, 64, S. 417-434.

Priddat, B.P. (2014a): Communication and Economic Theory. How to deal with rationality in a communicational environment. Berlin/Heidelberg: Springer.

Priddat, B.P. (2014b): Prognose als plausible Narratio. In: Cevolini, A. (Hg.): Die Ordnung des Kontingenten. Beiträge zur zahlenmäßigen Selbstbeschreibung der modernen Gesellschaft. Wiesbaden: Springer VS, S. 251-280.

Priddat, B.P. (2015a): Economics of Persuasion. Ökonomie zwischen Markt, Kommunikation und Überredung. Marburg: Metropolis.

Priddat, B.P. (2015b): Semiökonomische Ökonomie: rankings, Vergleiche und multiple Skalierungen. Über Formen der ›Ökonomisierung‹ weitab des Effizienzideals. Discussion Papers, 33, Universität Witten/Herdecke, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften, Witten.

Prütz, F. (2010): Die Krankenhauslandschaft nach Trägern und Rechtsformen. In: Heubel, F./Kettner, M./Manzeschke, A. (Hg.): Die Privatisierung von Krankenhäusern. Ethische Perspektiven. Wiesbaden: VS.

Przyborski, A. (2004): Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode. Qualitative Auswertung von Gesprächen, Gruppendiskussionen und anderen Diskursen. Wiesbaden: Springer.

Przyborski, A./Wohlrab-Sahr, M. (2008): Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. München: Oldenbourg.

Pyysiäinen, J./Halpin, D./Guilfoyle, A. (2017): Neoliberal governance and ›responsibilization‹ of agents: reassessing the mechanisms of responsibility-shift in neoliberal discursive environments. In: Distinktion: Journal of Social Theory, 18 (2), S. 215-235.

Rajkomar, A./Hardt, M./Howell, M. D./Corrado, G./Chin, M. H. (2018): Ensuring Fairness in Machine Learning to Advance Health Equity. In: Annals of Internal Medicine, 169 (12), S. 866-872.

Rau, F./Roeder, N./Hensen, P. H. (2009): Auswirkungen der deutschen DRG-Einführung. Stuttgart: Kohlhammer.

Rawls, J. (1995): Political Liberalism. New York: Columbia University Press.

Reckwitz, A. (2000): Die Transformation der Kulturtheorien. Zur Entwicklung eines Theorieprogramms. Weilerswist: Velbrück.

Reckwitz, A. (2013): Grundzüge einer Theorie sozialer Praktiken. In: Zeitschrift für Soziologie, 32 (4), S. 282-301.

Reilley, J. / Scheytt, T. (2019): A Calculative Infrastructure in the Making: The Emergence of a Multi-Layered Complex for Governing Healthcare. In: Kornberger, M./Bowker, G.C./Elyachar, J./Mennicken, A./Miller, P./Nucho, J.R./Pollock, N. (Hrsg.) (2019): Thinking Infrastructures. In: Research in the Sociology of Organizations, 62, Bingley: Emerald Publishing, S. 43-68.

Reiss, Julian (2012): The explanation paradox. In: Journal of Economic Methodology, 19 (1), S. 43-62.

Richter, P. (2009): Ökonomisierung als gesellschaftliche Entdifferenzierung. Eine Soziologie zum Wandel des öffentlichen Sektors. Konstanz: UVK.

Robbins, L. (1932): An Essay on the Nature and Significance of Economic Science. London: Macmillan.

Rodenstock, R. (2001): Chancen für alle. Die neue soziale Marktwirtschaft. Köln: Deutscher-Instituts-Verlag.

Roeder N./Hindle, D./Loskamp, N. (2003): Frischer Wind mit klinischen Behandlungspfaden (I): Instrumente zur Verbesserung der Organisation klinischer Prozesse. In: Das Krankenhaus, 1, S. 20-27.

Rohde, J. (1974): Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin. Stuttgart: Ferdinand Enke.

Rorty, R.M. (1992) (Hg.): The Linguistic Turn. Essays in Philosophical Method. Chicago: The University of Chicacgo Press.

Rose, N. (1991): Governing By Numbers: Figuring Out Democracy. In: Accounting, Organizations and Society, 16, S. 673-692.

Rössler, B. (2018): Autonomie. Ein Versuch über das gelungene Leben. Berlin: Suhrkamp.

Rubinstein, A. (2006): Dilemmas of an Economic Theorist. In: Econometrica, 74 (4), S. 865-883.

Rürup, B./Albrecht, M./Igel, C./Häussler, B. (2008): Umstellung auf eine monistische Finanzierung von Krankenhäusern. Expertise im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.

Saake, I./Vogd, W. (Hg.) (2008): Moderne Mythen der Medizin: Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden: VS Verlag.

Saalfeld, R./Hehner, S./Wichels, R. (2008): Modernes Krankenhausmanagement. Konzepte und Lösungen. Berlin/Heidelberg: Springer.

Samuel, S./Dirsmith, M. W./McElroy, B. (2005): Monetized medicine: from physical to the fiscal. In: Accounting Organizations and Society, 30, S. 249-278.

Schaal, G.S./Lemke, M./Ritz, C. (2014): Die Ökonomisierung der Politik in Deutschland. Eine vergleichende Politikfeldanalyse. Wiesbaden: Springer VS.

Schäfer, H. (2013): Die Instabilität der Praxis. Reproduktion und Transformation des Sozialen in der Praxistheorie. Bielefeld: Transcript.

Schäfer, H. (2014): Pierre Bourdieus algerische Gründungsszene und das Konzept des gespaltenen Habitus. In: Farzin, S./Laux, H. (Hg.): Gründungsszenen soziologischer Theorie. Wiesbaden: Springer VS, S. 67-80.

Schäfer, H. (Hg.) (2016): Praxistheorie. Ein soziologisches Forschungsprogramm. Bielefeld: Transcript.

Schäffer, B. (2015): Triangulation in der erwachsenenpädagogischen Organisationsforschung: Die Relationierung von ›gezählter‹ und ›erzählter‹ Organisation zwischen Metaphorik und Stochastik. In: Internationales Jahrbuch der Erwachsenenbildung, 38: Organisationsforschung in der Erwachsenenbildung - Theorie, Methoden, Befunde. Köln: Böhlau, S. 61-87.

Schäffer, B. (2017): Organisationale Selbstbeschreibungen im Medium von Zahlen – Perspektiven dokumentarischer Zahleninterpretation. In: Amling, S./Vogd, W. (Hg.): Dokumentarische Organisationsforschung. Perspektiven der praxeologischen Wissenssoziologie. Berlin/Toronto: Barbara Budrich, S. 80-102.

Schatzki, T. (1996): Social Practices: A Wittgensteinian Approach to Human Activity and the Social. Cambridge, MA: Cambridge University Press.

Schatzki, T./Knorr-Cetina, K./von Savigny, E. (Hg.) (2001): The Practice Turn in Contemporary Theory. London/New York: Routledge.

Schein, E. (1985): Organizational Culture and Leadership. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers.

Schein, E. (1996): Culture: The Missing Concept in Organization Studies. In: Administrative Science Quarterly, 41 (2), S. 229-240.

Schimank, U. (2001): Organisationsgesellschaft. In: Kneer, G./Nassehi, A./Schroer, M. (Hg.): Klassische Gesellschaftsbegriffe der Soziologie. München: Fink, S. 278-307.

Schimank, U. (2006): Teilsystemische Autonomie und politische Gesellschaftssteuerung. Beiträge zur akteurszentrierten Differenzierungstheorie 2. Wiesbaden: VS.

Schimank, U. (2009): Die Moderne: eine funktional differenzierte kapitalistische Gesellschaft. In: Berliner Journal für Soziologie, 3, S. 327-351.

Schimank, U. (2010): Die funktional differenzierte kapitalistische Gesellschaft als Organisationsgesellschaft – eine theoretische Skizze. In: Endreß, M. (Hg.): Die Ökonomie der Organisation – die Organisation der Ökonomie, Wiesbaden: VS, S. 33-61.

Schimank, U./Volkmann, U. (2008): Ökonomisierung der Gesellschaft. In: Maurer, A. (Hg.): Handbuch der Wirtschaftssoziologie. Wiesbaden: VS, S. 382-393.

Schimank, U./Volkmann, U. (2017): Das Regime der Konkurrenz. Gesellschaftliche Ökonomisierungsdynamiken heute. Weinheim/Basel: Beltz Juventa.

Schmidt, R. (2012): Soziologie der Praktiken. Konzeptionelle Studien und empirische Analysen. Berlin: Suhrkamp.

Schrappe, M. (2007): Medizinische Zentren – Systematik und Nutzen. In: Zeitschrift für ärztliche Fortbildund und Qualität im Gesundheitswesen, 101, S. 141-146.

Schrappe, M. (2009): Führung im Krankenhaus. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 103, S. 198-204.

Schumpeter, A. (1954): Economic Doctrine and Method. An Historical Sketch. New York: Oxford University Press.

Schuppert, G.F. (2005): Governance Forschung – Vergewisserung über Stand und Entwicklungslinien. Baden-Baden: Nomos.

Schütz, A. (1974): Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt. Eine Einleitung in die verstehende Soziologie. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Schütze, F./Meinefeld, W./Springer, W./Weymann, A. (1973): Grundlagentheoretische Voraussetzungen methodisch kontrollierten Fremdverstehens. In: Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen (Hg.): Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit, Bd. 2. Reinbek, S. 433-495.

Schützeichel, R. (2014). Professionshandeln und Professionswissen – eine soziologische Skizze. In: Unterkofler, U./Ostreicher, E. (Hg.): Theorie-Praxis-Bezüge in professionellen Feldern, Opladen: Budrich UniPress, S. 43-55.

Schützeichel, R. (2018): Die Vermessung der Kindheit. Eine soziologische Untersuchung zu Praktiken des Vergleichens in Professionen, insbesondere der Elementarpädagogik. In: Dorn, C./Tacke, V. (Hg.): Vergleich und Leistung in der funktional differenzierten Gesellschaft. Wiesbaden: Springer VS, S. 17-40.

Schütze, F. (1983). Biographieforschung und narratives Interview. In: Neue Praxis, 13 (3), S. 283-293.

Scott, R.W. (1986): Grundlagen der Organisationstheorie, Frankfurt a.M.: Campus.

Scott, R.W./Ruef, M./Mendel, P. J./Caronna, C. A. (2000): Institutional Change and Healthcare Organizations. From Professional Dominance to Managed Care. Chicago: University of Chicago Press.

Scott, R.W./G. F. Davis (2007): Organizations and Organizing. Rational, Natural, and Open System Perspectives, Upper Saddle River, NJ: Pearson.

Scott, R.W. (2014): Institutions and Organizations. Ideas, Interests and Identities. Fourth Edition. Sage Publications Ltd.

Sedláček, T. (2012): Die Ökonomie von Gut und Böse. München: Hanser.

Selznick, P. (1996): Institutionalism ›Old‹ and ›New‹. In: Administrative Science Quarterly, 41 (2), S. 270-277.

Senge, K./Beyer, J. (2018): Finanzmarkt und Geldordnung. Soziologische Perspektiven nach der Wirtschafts- und Finanzkrise. In: Beyer, J./Senge, K. (Hg.): Finanzmarktsoziologie. Entscheidungen, Ungewissheit und Geldordnung. Wiesbaden: Springer VS, S. 3-46.

Sennett, R. (1996): Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus. Berlin: Berlin Verlag.

Sennett, R. (2008): Handwerk. Berlin: Berlin Verlag.

Serres, M. (1983): Der Parasit. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Serres, M. (2013): Erfindet euch neu! Eine Liebeserklärung an die vernetzte Generation. Berlin: Suhrkamp.

Siegel, G. et al. (1999): Applying activity-based costing in healthcare. Montvale, NJ: IMA Foundation for Applied Research.

Simmel, G. (1930): Philosophie des Geldes. 5. Auflage. München/Leipzig: Duncker & Humblot.

Simmel, G. (1908): Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung. Berlin: Duncker & Humblot.

Simmerl, G. (2016): Michel Foucault, ein Neoliberaler? In: der Freitag. Das Meinungsmedium. Ausgabe 14/2016. Zuletzt abgerufen am 11.04.2019 unter: https://www.freitag.de/autoren/georg-simmerl/michel-foucault-ein-neoliberaler

Simon, H. (1955): A Behavorial Model of Rational Choice. In: The Quarterly Journal of Economics, 69 (1), S. 99-118.

Simon, H. (1956): Rational Choice and the Structure of the Environment, in: Psychological Review, 63 (2), S. 129-138.

Simon, M. (1997): Das Krankenhaus im Umbruch. Neuere Entwicklungen in der stationären Krankenversorgung im Gefolge von sektoraler Budgetierung und neuem Entgeltsystem. Diskussionspapier der Arbeitsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, No. P 97-204. Berlin: WZB. Zu-

letzt am 11.04.2019 abgerufen unter: https://www.econstor.eu/bitstream/10419/47425/1/258062037.pdf
Simon, M. (2000a): Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung. Wiesbaden: Springer.
Simon, M. (2000b): Monistische Finanzierung der Krankenhäuser. Kritische Anmerkungen zu einem umstrittenen Reformvorhaben. In: Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Band 32, S. 58-81.
Simon, M. (2016): Die ökonomischen und strukturellen Veränderungen des Krankenhausbereichs seit den 1970er Jahren. In: Bode, I./Vogd, W. (Hg.): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive. Wiesbaden: Springer VS.
Smith, A. (2004): Theorie der ethischen Gefühle. Hamburg: Felix Meiner.
Smith, A. (2009): Der Wohlstand der Nationen. Neu Isenburg: Wunderkammer.
Sombart, W. (1902/1927): Der moderne Kapitalismus. Drei Bände. Leipzig: Duncker & Humblot.
Spahn, J. (2018): Rede zur Eröffnung des 17. Nationalen DRG-Forums am 15. März 2018, Berlin. Zuletzt abgerufen als Video am 11.04.2019 unter https://www.bibliomedmanager.de/news-des-tages/detailansicht/34716-video-die-komplette-rede-von-gesundheitsminister-jens-spahn/
Sparsam, J. (2015): Wirtschaft in der New Economic Sociology. Eine Systematisierung und Kritik. Wiesbaden: Springer VS.
Speth, R. (2004): Die politischen Strategien der Initiative Neue Soziale Marktwirtschaft. Arbeitspapier Nr. 96 der Hans-Böckler-Stiftung. Düsseldorf.
Statistisches Bundesamt (2018a): Gesundheitsausgaben pro Tag überschreiten Milliardengrenze. Pressemitteilung Nr. 050, 15.02.2018. Zuletzt abgerufen am 13.12.2018 unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2018/02/PD18_050_23611.html;jsessionid=B87DE5D4FB675AD7239A75E069B8023B.InternetLive1
Statistisches Bundesamt (2018b): Gesundheitsausgabenrechnung. Zuletzt abgerufen (13.12.2018) unter: www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=i&p_aid=45918279&nummer=522&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=54084539
Statistisches Bundesamt (2018c): Grunddaten der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.1.1 2017. Zuletzt abgerufen am 11.04.2019 unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/grunddaten-krankenhaeuser-2120611177004.pdf?__blob=publicationFile&v=4
Stichweh, R. (1993): Professionalisierung, Ausdifferenzierung von Funktionssystemen, Inklusion. In: Dewe, B./Ferchhoff, W./Radtke, F-O. (Hg.): Erziehen als

Profession. Zur Logik des professionellen Handelns in pädagogischen Feldern. Wiesbaden: Springer, S. 36-48.
Stichweh, R. (2000): Professionen im System der modernen Gesellschaft. In: Merten, R. (Hg.): Systemtheorie Sozialer Arbeit. Neue Ansätze und veränderte Perspektiven. Opladen: Leske + Budrich, S. 29-38.
Stoljar, N. (2001): Philosophy of Autonomy. In: Smelser, N.J./Baltes, P.B. (Hg.): International Encyclopaedia of the Social & Behavioural Sciences, 2, Amsterdam: Elsevier, S. 1009-1015.
Stoljar, N. (2011): Informed Consent and Relational Conceptions of Autonomy, in: The Journal of Medicine and Philosophy, 36, S. 375-384.
Stone, F. (2004): Deconstructing Silos and Supporting Collaboration. In: Employment Relations Today, 31 (1), S. 11-18.
Strauss, A. L./Schatzman, L./Ehrlich, D./Bucher, R./Sabshin, M. (1963): The Hospital and its Negotiated Order. In: The Hospital in Modern Society. Eleven Studies of the Hospital Today. Free Press, S. 147-169.
Strauss, A. L. (1978): Negotiations: Varieties, Contexts, Processes, and Social Order. San Fransisco: Jossey-Bass.
Slotala, L. (2011): Ökonomisierung der ambulanten Pflege. Eine Analyse der wirtschaftlichen Bedingungen und deren Folgen für die Versorgungspraxis ambulanter Pflegedienste. Wiesbaden: VS.
Suchman, L. (2000): Organizing Alignment: A Case of Bridge-Building. In: Organization, 7 (2), S. 311-327.
Tauber, A.I. (2003): Sick Autonomy, in: Perspectives in Biology and Medicine, 46 (4), S. 484-495.
Taylor, F.W. (1912): Testimony at Hearings before Special House Committee of the House of Representatives to Investigate the Taylor and other Systems of Shop Management. In: Report no. 930. Washington, D.C: Government Printing Office.
Taylor, F.W. (1913): Die Grundsätze wissenschaftlicher Betriebsführung. München.
Taylor, F.W. (1977): Testimony Before the Special House Committee. In: Taylor, F. W. (Hg.): Scientific Management, Westport, CT: Greenwood Press.
Thompson, J.D./Fetter, R.B./Mross, C.D. (1975): Case mix and resource use. In: Inquiry, 12, S. 300-312.
Tietzel, M. (1981): Die Rationalitätsannahme in den Wirtschaftswissenschaften oder: Der homo oeconomicus und seine Verwandten. In: Jahrbuch für Sozialwissenschaft, 32 (2), S. 115-138.
Tomer, J.F. (2007): What is behavioural economics? In: Journal of Socio-Economics, 36, S. 463-479.
Townsend, J. (2011): Über die Armengesetze. Streitschrift eines Menschenfreundes. Berlin: Suhrkamp.

Tyrell, H./Petzke, M. (2008): Anmerkungen zur »Organisationsgesellschaft«. In: Große Kracht, H.J./Spieß, C. (Hg.), Christentum und Solidarität. Bestandsaufnahme zu Sozialethik und Religionssoziologie Paderborn: Ferdinand Schöningh Verlag, S. 435-464.

Turner, S. (1994): The Social Theory of Practices. Tradition, Tacit Knowledge and Presuppositions. Cambridge, UK: Polity Press.

Vahs, D. (2015): Organisation. Ein Lehr- und Managementbuch. 9. Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Vanberg, V. (1983): Organisationsziele und individuelle Interessen. In: Soziale Welt, 34, S. 171-187.

Vaughan, D. (1996): The Challenger Launch Decision. Risky Technology, Culture, and Deviance at NASA. Chicago: University of Chicago Press.

Vaughan, D. (1999): THE DARK SIDE OF ORGANIZATIONS: Mistake, Misconduct, and Disaster. In: Annual Review of Sociology, 25, S. 271-305.

Veblen, T. (2007): Die Theorie der feinen Leute. Eine ökonomische Untersuchung der Institutionen. Frankfurt a.M.: Fischer.

Vogd, W. (2002): Professionalisierungsschub oder Auflösung ärztlicher Autonomie. Die Bedeutung von Evidence Based Medicine und der neuen funktionalen Eliten in der Medizin aus system- und interaktionstheoretischer Perspektive. In: Zeitschrift für Soziologie, 31, S. 294-315.

Vogd, W. (2004): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Eine qualitativ rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen (»frames«) und Rahmungsprozessen. Berlin.

Vogd, W. (2006): Teilnehmende Beobachtung. In: Schmitz, S. U./Schubert, K. (Hg.): Einführung in die politische Theorie und Methodenlehre. Opladen: Barbara Budrich.

Vogd, W. (2007): Von der Organisation Krankenhaus zum Behandlungsnetzwerk? Untersuchungen zum Einfluss von Medizincontrolling am Beispiel einer internistischen Abteilung. In: Berliner Journal für Soziologie, 17, S. 97-119.

Vogd, W. (2008): Paradoxien einer chirurgischen Abteilung. Wenn leitende Akteure zugleich entscheiden und funktionieren sollen. In: Saake, I./Vogd, W. (Hg.) (2008): Moderne Mythen der Medizin: Studien zur organisierten Krankenbehandlung. Wiesbaden: VS.

Vogd, W. (2009): Rekonstruktive Organisationsforschung. Qualitative Methodologie und theoretische Integration – eine Einführung. Opladen: Barbara Budrich.

Vogd, W. (2011a): Zur Soziologie der organisierten Krankenbehandlung. Weilerswist: Velbrück.

Vogd, W. (2011b): Systemtheorie und rekonstruktive Sozialforschung: Eine Brücke. 2. Auflage. Leverkusen: Barbara Budrich.

Vogd, W. (2016a): Das Missverstehen des Ökonomischen. Oder vom Sündenfall falsch verstandener Rationalitäten im Krankenhaus. In: Bode, I./ders. (Hg.): Mutationen des Krankenhauses. Soziologische Diagnosen in organisations- und gesellschaftstheoretischer Perspektive. Wiesbaden: Springer VS, S. 281-308.

Vogd, W. (2016b): Der Hiatus – zur Spiegelbildlichkeit der Forschungsprogramme Latours und Luhmann. In: Soziale Systeme, 20 (1), S. 1-14.

Vogd, W. (2017a): The Professions in Modernity and the Society of the Future: A Theoretical Approach to Understanding the Polyvalent Logics of Professional Work. In: Professions & Professionalism, 7 (1), S. 1611-1626.

Vogd, Werner (2017b). Management im Krankenhaus – eine Fallstudie zur Bearbeitung der Innen- und Außenspannungen unter Bedingungen des DRG-Systems. In: Berliner Journal für Soziologie, 1, S. 93-121.

Vogd, W. (2018a): Funktionale Methode und Typenbildung. In: Bohnsack, R./Hoffmann, N.F./Nentwig-Gesemann, I. (Hg.): Typenbildung und Dokumentarische Methode. Forschungspraxis und methodologische Grundlagen. Berlin/Toronto: Barbara Budrich, S. 359-373.

Vogd, W. (2018b): Unsicherheit als das zentrale Bezugsproblem der ärztlichen Profession. In: Klinke, S./Kadmon, M. (Hg.): Ärztliche Tätigkeit im 21. Jahrhundert – Profession oder Dienstleistung. Berlin: Springer, S. 55-68.

Vogd, W./Feißt, M./Molzberger, K./Ostermann, A./Slotta, J. (2018): Entscheidungsfindung im Krankenhausmanagement. Zwischen gesellschaftlichem Anspruch, ökonomischen Kalkülen und professionellen Rationalitäten. Wiesbaden: Springer VS.

Vogl, J. (2010): Das Gespenst des Kapitals. Zürich: Diaphanes.

Vogl, J. (2015): Der Souveränitätseffekt. Zürich: Diaphanes.

Vollmer, H. (2003): Grundthesen und Forschungsperspektiven einer Soziologie des Rechnens. Sociologia Internationalis, 41, S. 1-23.

Vollmer, H. (2004): Folgen und Funktionen organisierten Rechnens. In: Zeitschrift für Soziologie, 33 (6), S. 450-470.

Vollmer, H. (2013): Fantastische Zahlen. In: Passoth, J.-H./Wehner, J. (Hg.): Quoten, Kurven und Profile. Zur Vermessung der sozialen Welt. Wiesbaden: Springer VS, S. 27-46.

Vormbusch, U. (2012): Die Herrschaft der Zahlen. Zur Kalkulation des Sozialen in der kapitalistischen Moderne. Frankfurt a.M.: Campus.

Vormbusch, U. (2018): Quantifizierung, Autonomie und die Zukunft des Sozialen. In: Soziologische Revue, 41 (2), S. 278-286.

Voß, G.G./Pongratz, H. J. (1998): Der Arbeitskraftunternehmer. Eine neue Grundform der Ware Arbeitskraft? In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 1, S. 131-158.

Voswinkel, S./Kocyba. H. (2005): Entgrenzung der Arbeit. Von der Entpersönlichung zum permanenten Selbstmanagement. In: WestEnd. Neue Zeitschrift für Sozialforschung, 2 (2), S. 73-83.

Waring, J./Currie, G. (2009): Managing expert knowledge: Organizational challenges and managerial futures for the UK medical profession. In: Organization Studies, 30 (7), S. 755-78.

Wahyudi, I. (2009): From physical to accounting control: a study of accounting change resistance. In: Journal of Accounting & Organizational Change, 5 (2), S. 228-242.

Waters, M. (1989): Collegiality, Bureaucratization, and Professionalization: A Weberian Analysis. In: American Journal of Sociology, 94, S. 945-972.

Weber, M. (1985): Die »Objektivität« sozialwissenschaftlicher und sozialpolitischer Erkenntnis. In: Winckelmann, J. (Hg.): Max Weber: Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Tübingen: J. C. B. Mohr Siebeck.

Weber, M. (1980): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriß der verstehenden Soziologie. Tübingen: J. C. B. Mohr Siebeck.

Weber, M. (1985): Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Tübingen: J. C. B. Mohr Siebeck.

Weber, M. (1986): Gesammelte Aufsätze zur Religionssoziologie. Tübingen: J. C. B. Mohr Siebeck.

Weber, J./Schäffer, U. (2001): Rationalitätssicherung der Führung – Beiträge zu einer Theorie des Controlling. Wiesbaden: Springer Gabler.

Weick, K.E. (1995): Der Prozess des Organisierens. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Weigel, T.F. (2018): Qualität in der Medizin quantizifieren? Eine Begriffsklärung in der Pay-for-Performance-Diskussion. Wiesbaden: Springer Gabler.

Werron, T. (2018): Quantifizierung. Überlegungen zum Verhältnis zwischen Zeitdiagnose und Gesellschaftstheorie anlässlich von Steffen Maus Buch ›Das metrische Wir‹. In: Zeitschrift für Theoretische Soziologie, 2, S. 303-315.

White, H. (1981): Where Do Markets Come From? In: American Journal of Sociology, 87 (3), S. 517-547.

White, H. (1992): Identity and Control. A Structural Theory of Social Action. Princeton: Princeton University Press.

White. H. (2002): Markets from Networks: Socioeconomic Models of Production. Princeton, N.J.: Princeton University Press.

Windolf, P. (Hg.) (2005): Finanzmarkt-Kapitalismus. Analysen zum Wandel von Produktionsregimen. Wiesbaden: Springer VS.

Williamson, O.E. (1981): The Economics of Organization: The Transaction Cost Approach. In: American Journal of Sociology, 87 (3), S. 548-577.

Willkesmann, M./Jang-Bormann, S.R. (2015): Führt Nichtwissen zu Unsicherheit in der Organisation Krankenhaus? In: Apelt, M./Senge, K. (Hg.): Organisation und Unsicherheit. Wiesbaden: Springer VS, S. 213-232.

Wilkesmann, M./Steden, S./Hetco, C. B./Bassyiouny, M. (2018): Nichtwissenskontexte – Organisation vs. (Semi-)Profession. In: Wilkesmann, M./Steden, S. (Hg.): Nichtwissen stört mich (nicht). Zum Umgang mit Nichtwissen in Medizin und Pflege. Wiesbaden: Springer VS, S. 51-92.

Witman, Y./Smid, G.A.C./Meurs, P.L./Willems, D.L. (2010): Doctor in the lead: balancing between two worlds. In: Organization, 18 (4), S. 477-495.

Wilz, S.M. (2015): Skizze zur praxistheoretischen Debatte. In: Apelt, M./Wilkesmann, U. (Hg.): Zur Zukunft der Organisationssoziologie. Wiesbaden: Springer VS.

Wissenschaftlicher Dienst des Bundestages (2014): Krankenhäuser in privater Trägerschaft – Rechtsgrundlagen, verfassungsrechtliche Vorgaben und Finanzierung. Ausarbeitung WD 9 – 3000 – 095/13. Berlin. Zuletzt abgerufen am 11.04.2019 unter https://www.bundestag.de/blob/410456/4e05aed207135be735046e76f13a107b/wd-9-095-13-pdf-data.pdf

Wolf, J. (2018): Netzwerkpraxis im Krankenhaussektor. Eine Analyse der subtilen Beziehungsdynamiken. Wiesbaden: Springer VS.

Wolf, J./Ostermann, A. (2015): Die Pflege als vermittelnde Dritte im Krankenhausmanagement? Empirische Befunde zur Rolle der Pflegedirektor-/innen. In: Lessenich, S. (Hg.): Routinen der Krise – Krise der Routinen. Verhandlungen des 37. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie. Trier. Zuletzt abgerufen am 11.04.2019 unter: http://publikationen.soziologie.de/index.php/kongressband_2014/article/view/110/pdf_106

Wolf, J./Ostermann, A. (2019): Zwischen Pflegelogik und ökonomisch orientierter Managerialisierung. Zu den Spannungslagen und Orientierungsmustern von PflegedirektorInnen im deutschen Krankenhausmanagement. In: Graß, D./Altrichter, H./Schimank, U. (Hg.): Governance und Arbeit im Wandel. Bildung und Pflege zwischen Staat und Markt. Wiesbaden: Springer VS, S. 145-161.

Yamey, B.S. (1964): Accounting and the Rise of Capitalism – Further Notes on a Theme by Sombart. In: Journal of Accounting Research, 2 (2), S. 117-136.

Zeller, T.L./Siegel, G./Kaciuba, G./Lau, A.H-L. (1999): Using activity-based costing to track resource use in group practices. In: Healthcare Financial Management, 53 (9), S. 46-51.

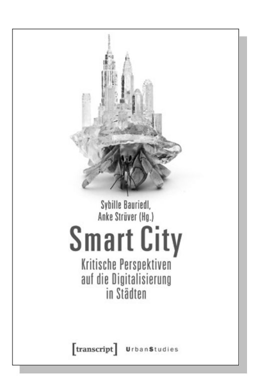
Zucker, L.G. (1983): Organizations as institutions. In: Research in the Sociology of Organizations, 2 (1), S. 1-47.

Soziologie



Juliane Karakayali, Bernd Kasparek (Hg.)
movements.
Journal for Critical Migration and Border Regime Studies
Jg. 4, Heft 2/2018

Februar 2019, 246 S., kart.
24,99 €(DE), 978-3-8376-4474-6



Sybille Bauriedl, Anke Strüver (Hg.)
Smart City –
Kritische Perspektiven auf die Digitalisierung in Städten

2018, 364 S., kart.
29,99 € (DE), 978-3-8376-4336-7
E-Book: 26,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4336-1
EPUB: 26,99 € (DE), ISBN 978-3-7328-4336-7



Weert Canzler, Andreas Knie, Lisa Ruhrort, Christian Scherf
Erloschene Liebe?
Das Auto in der Verkehrswende
Soziologische Deutungen

2018, 174 S., kart., zahlr. Abb.
19,99 € (DE), 978-3-8376-4568-2
E-Book: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4568-6
EPUB: 17,99 € (DE), ISBN 978-3-7328-4568-2

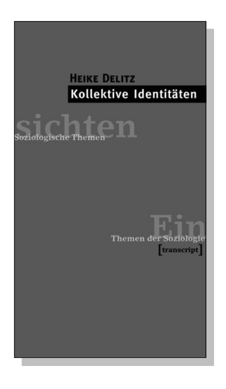
Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten finden Sie unter www.transcript-verlag.de

Soziologie



Gianna Behrendt, Anna Henkel (Hg.)
10 Minuten Soziologie: Fakten

2018, 166 S., kart.
16,99 € (DE), 978-3-8376-4362-6
E-Book: 14,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-4362-0



Heike Delitz
Kollektive Identitäten

2018, 160 S., kart.
14,99 € (DE), 978-3-8376-3724-3
E-Book: 12,99 € (DE), ISBN 978-3-8394-3724-7



Anna Henkel (Hg.)
10 Minuten Soziologie: Materialität

2018, 122 S., kart.
15,99 € (DE), 978-3-8376-4073-1
E-Book: 13,99 €(DE), ISBN 978-3-8394-4073-5

Leseproben, weitere Informationen und Bestellmöglichkeiten finden Sie unter www.transcript-verlag.de